



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Anais do III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde

e IV Jornada Científica do Programa de Pós-
graduação em Psicologia da Universidade Federal de
Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

28, 29 e 30 de Junho de 2012
Santa Maria, RS, Brasil



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

PROMOÇÃO

ABPSA - Associação Brasileira de Psicologia da Saúde
Universidade Metodista de São Paulo
Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal de Santa Maria –
PPGP/UFSM
Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Saúde – PPGPS/Metodista São Paulo

APOIO

Universidade Federal de Santa Maria
Centro de Ciências Sociais e Humanas

ORGANIZAÇÃO

Programa de Pós-Graduação em Psicologia – PPGP/UFSM
Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Saúde – PPGPS/Metodista São Paulo

LOCAL

Universidade Federal de Santa Maria
Santa Maria, RS, Brasil

Data: 28, 29 e 30 de Junho de 2012



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Anais

Comissão Organizadora dos Anais

Prof^a Dr^a Aline Cardoso Siqueira
Coordenadora

Sabrina Daiana Cúnico
Sabrina Dal Ongaro Savegnago
Organizadoras



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

C749a Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde (3. : 2012 : Santa Maria)
Anais [recurso eletrônico] / III Congresso Brasileiro de Psicologia
da Saúde e IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em
Psicologia da Universidade Federal de Santa Maria, 28, 29 e 30 de
junho de 2012, Santa Maria, RS, Brasil. – Santa Maria : UFSM,
CCSH, 2012.

ISBN 978-85-7814-242-1

“Tema: Trabalhos integrados em saúde : desafios e perspectivas”

1. Psicologia – Eventos 2. Eventos – Psicologia I. Jornada
Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria (4. : 2012 : Santa Maria)
II. Título.

CDU 159.9(063)

Ficha catalográfica elaborada por
Alenir Inácio Goularte - CRB 10/990
Biblioteca Central da UFSM



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

COMISSÃO ORGANIZADORA

Coordenação Geral do Evento

Ana Cristina Garcia Dias

Maria Geralda Viana Heleno

Comissão organizadora e científica

Adriane Roso – UFSM

Alberto Manuel Quintana – UFSM

Aline Cardoso Siqueira- UFSM

Claus Dieter Stöbaus – PUCRS

Dorian Mônica Arpini – UFSM

Juan Jose Mourino Mosquera

Marilia Martins Vizzotto – Metodista

Manuel Morgado Rezende – Metodista

Silvio José Lemos Vasconcellos – UFSM

Consultores Ad hoc

Adriane Roso – UFSM

Aline Cardoso Siqueira – UFSM

Ana Cristina Garcia Dias – UFSM

Ângela Helena Marin – ULBRA

Beatriz Teixeira Weber – UFSM

Carmen Lúcia Colomé Beck – UFSM

Cláudia Maria Perrone – UFSM

Claus Dieter Stobäus – PUCRS

Daniela Centenaro Levandowski – UFCSPA

Debora Dalbosco Dell’Aglío – UFRGS

Luciana Najar Smeha – UNIFRA

Luciana Karine de Souza – UFMG

Marco Antônio Pereira Teixeira – UFRGS



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Marucia Patta Bardagi – UFSC

Samara da Silva Santos – UFSM

Silvio José Lemos Vasconcellos – UFSM

Comissão Organizadora dos Anais

Coordenadora

Aline Cardoso Siqueira

Organizadoras

Sabrina Daiana Cúnico

Sabrina Dal Ongaro Savegnago





**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Apresentação

A Universidade Federal de Santa Maria e a Associação Brasileira de Psicologia da Saúde realizaram com o apoio da Universidade Metodista de São Paulo, o III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e a IV Jornada Científica do Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal de Santa Maria nos dias 28, 29 e 30 de junho de 2012, em Santa Maria, RS.

O evento, cujo tema foi “Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”, congregou pesquisadores, profissionais e estudantes de diversas áreas de conhecimento, que reconheceram que o trabalho no campo da saúde é complexo e demanda diferentes tipos de saberes.

O evento propiciou ainda, a divulgação de trabalhos de pesquisa, a troca de experiências e a discussão dos impasses e possibilidades de se realizar diferentes tipos de trabalhos com indivíduos e comunidades, através da conjugação de esforços de profissionais de diferentes áreas de formação.



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Programação

PROGRAMAÇÃO	
QUINTA-FEIRA (28/06)	
13H30 - 14H30	CREDENCIAMENTO E INSCRIÇÃO PARA MINI-CURSOS
14H30 - 18H30	MINI-CURSOS
18H30 - 19H	ABERTURA
19H - 20H30	CONFERÊNCIA DE ABERTURA - "Interdisciplinaridade e Ética em Psicologia da Saúde" - Profª Drª Maria Aparecida Crepaldi - UFSC
20H30 - 21H30	APRESENTAÇÃO CULTURAL E COQUETEL
SEXTA-FEIRA (29/06)	
8H - 9H	COMUNICAÇÕES ORAIS
9H - 10H30	MESAS REDONDAS
10H30 - 11H	INTERVALO
11H - 12H	CONFERÊNCIA - "A saúde dos casais gaúchos: mapeamento e intervenção" - Profª Drª Adriana Wagner - UFRGS
12H - 13H30	INTERVALO
13H30 - 15H	MESAS REDONDAS
15H - 15H30	INTERVALO
15H30 - 16H30	COMUNICAÇÕES ORAIS
16H30 - 17H30	APRESENTAÇÃO DE PÔSTERES
17H30 - 18H30	LANÇAMENTO DE LIVROS
18H30 - 19H	ATIVIDADE CULTURAL
SÁBADO (30/06)	
8H - 9H	COMUNICAÇÕES ORAIS
9H - 10H30	MESAS REDONDAS
10H30 - 11H	INTERVALO
11H - 12H	CONFERÊNCIA - "Relações entre Neurociências e Saúde" - Prof. Dr. Claus Dieter Stoubaus - PUCRS
12H - 13H30	INTERVALO
13H30 - 15H	MESAS REDONDAS
15H - 15H30	INTERVALO
15H30 - 16H30	COMUNICAÇÕES ORAIS
16H30	CONFERÊNCIA DE ENCERRAMENTO - "Psicologia e Saúde – Desafios e Perspectivas" - Profª. Drª. Maria Lúcia Tiellet Nunes -PUCRS
17H30	Homenagem da Associação Brasileira de Psicologia da Saúde ao Prof. Juan José Mourino Mosquera



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

PÔSTERES



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

“Então, eu fico comparando” Expectativas maternas quanto ao segundo filho na gestação

Aline Groff Vivian ¹

Rita de Cássia Sobreira Lopes ²

Gabriela Ballardin Geara ²

Cesar Augusto Piccinini ²

¹ Universidade Luterana do Brasil (ULBRA Canoas-RS)

² Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)

A gestação é parte de uma experiência repleta de sentimentos intensos e transformações físicas e emocionais na mãe, em que tem início um importante período de preparação para a chegada de um bebê. A gravidez de cada filho é diferente e propicia à mulher um momento de regressão à dependência, em que a mãe começa a desenvolver um processo de identificação com o filho que vai nascer. Embora já tenha sido mãe de um primeiro filho, na segunda gestação a mulher também precisa se preparar para receber um novo bebê sem saber como ele será. Justamente por estarem diante de um bebê desconhecido, as mães costumam gerar expectativas quanto à criança. Nesse sentido, o objetivo deste estudo foi investigar as expectativas e os sentimentos de gestantes de um segundo filho em relação a esse bebê. Participaram 25 mulheres, no último trimestre de gestação, com idades entre 28 e 43 anos. Todas residiam com o pai dos dois filhos, em Porto Alegre. Foi realizada entrevista semi-estruturada, submetida à análise qualitativa de conteúdo. Os resultados indicaram diferentes expectativas maternas quanto ao segundo filho em relação ao sexo, nome, características emocionais e físicas, com destaque para as comparações com o primogênito. Mesmo que as expectativas maternas tenham sido mediadas pelas comparações com o primogênito, os dados do presente estudo revelaram que já na gestação começou a se esboçar sutilmente o reconhecimento das possíveis diferenças e semelhanças com as quais as mães teriam que lidar. Acolher e aceitar o desconhecido que viria através do novo bebê e dividir o tempo e a atenção do primogênito foi uma das principais preocupações maternas já na gestação do segundo filho. Algumas mães referiram estarem diferentes com esse novo bebê, pois também já haviam passado pela experiência anterior.



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Assim, pode-se constatar que a mãe tem uma oportunidade tanto de regressão como de crescimento, através do desenvolvimento dos filhos e de sua própria história como filha, irmã e mãe. Novos estudos sobre o tema ainda precisam contemplar o lugar do segundo filho para a mãe.

Palavras-chave: Expectativas maternas; Gestação; Segundo filho





**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

A criança e o adolescente: a importância do brincar no contexto hospitalar

Danusa Menegat ¹

¹ Universidade Federal de Santa Maria (UFSM)

Este trabalho apresenta um recorte das atividades desenvolvidas no projeto “Ações interdisciplinares na humanização da atenção à saúde das crianças e dos adolescentes em tratamento hemato-oncológico no CTCcriac e no Centro de Convivência Turma do Ique e na promoção da saúde de seus cuidadores e familiares”, desenvolvido pelos cursos de Terapia Ocupacional e Fisioterapia da Universidade Federal de Santa Maria/RS. A criança e o adolescente inseridos no contexto hospitalar se submetem a mudanças. Para enfrentar esses momentos, o Centro de Tratamento da Criança e do Adolescente com Câncer do Hospital Universitário de Santa Maria oferece uma Sala Lúdica que tem como principal objetivo oferecer um espaço que amenize o estresse causado pela hospitalização e potencialize a continuidade do desenvolvimento infanto-juvenil por meio de atividades lúdicas e de lazer. A Sala Lúdica encontra-se à disposição das crianças e adolescentes diariamente, dentre as atividades propostas pode-se citar as auto-expressivas, sessão de vídeos, entre outras. A título de ilustração, vale a referência a situação em que uma menina, de seis anos, solicitou que fosse apresentado vídeos. Acessado um site conhecido ela escolheu assistir “A Galinha Pintadinha”. Essa canção dizia: “a agulha da injeção era a pena de um pavão”. A garota assistiu várias vezes e chamou a atenção da mãe exatamente no momento em que o vídeo mostrava a pena pontuda (seringa) e ela ria muito. Ao analisar a situação, ficou evidenciada a importância dessa atividade, por meio dela a criança pode refletir sobre os procedimentos a que é submetida, além de momentaneamente esquecer o quanto dolorido e inexplicável para si é o tratamento do câncer infantil. As atividades solicitadas pelos adolescentes envolvem raciocínio lógico e agilidade, jogos de mesa, autocuidado, beleza e artesanato, pois estimulam a criatividade e a imaginação. No feriado de Páscoa dois meninos de 12 e 13 anos de idade se interessaram e realizaram em conjunto coelhinhos para presentear a seus amigos, essa tarde permitiu conectar os adolescentes com o mundo extra-hospitalar. Diante das repostas recebidas dos clientes e familiares percebe-



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

se a importância do Terapeuta Ocupacional em proporcionar atividades que possibilitem tirar o foco da doença mobilizando o lado saudável das crianças e adolescentes; interpretar os acontecimentos de uma maneira construtiva intensificando a intervenção, como também a percepção que esse profissional tem em relação à arte, sendo essa intimamente ligada ao fazer humano. Em suma, ambas as ações colaboram com a saúde biopsicossocial da criança e do adolescente hospitalizado.

Palavras-chave: Brincar no hospital; Criança e adolescente; Hemato-oncologia





III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

A família e o ato infracional: uma visão psicológica

Katia Simone da Silva Silveira ¹

Andressa Sauzem Mayer ²

Cristiane Rosa dos Santos ²

Jana Gonçalves Zappe ³

Ana Cristina Garcia Dias ²

¹ Faculdade Integrada de Santa Maria (FISMA)

² Universidade Federal de Santa Maria (UFSM)

³ Universidade Federal Do Rio Grande do Sul (UFRGS)

A violência é um problema de saúde pública e social que preocupa cotidianamente, acarretando consequências tanto para indivíduos quanto para famílias de modo dinâmico. Para compreender a delinquência juvenil é preciso abordar as instituições de controle social, tal como a família, que são responsáveis pelo processo de socialização de crianças e adolescentes. A família é a primeira instituição representante das normas sociais, exercendo papel decisivo ao introduzir as regras sociais na vida dos filhos. Assim, considera-se importante investigar os trabalhos científicos que vinculam delinquência juvenil e família, visando melhor compreender este fenômeno. Realizou-se um levantamento bibliográfico da produção científica em ciências da saúde dos países da América Latina e Caribe a respeito da relação entre delinquência juvenil e família. A busca de artigos foi realizada através da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), selecionando-se a base de dados LILACS, que é o mais importante e abrangente índice da literatura científica e técnica da América Latina e Caribe. Utilizou-se como termos de busca as expressões “ato infracional” e “família”. Foram encontrados 10 trabalhos publicados sobre este tema e todos foram considerados para esta análise. 40% dos artigos relacionam a vulnerabilidade social e o baixo nível sócio econômico com a prática de atos infracionais. 30% evidenciam o apoio da família durante o cumprimento da medida socioeducativa como forma de superação da condição de exclusão, e 30% vinculam as relações familiares comprometidas pela condição fragilizada com a falta de investimento afetivo em relação ao adolescente.



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Os artigos encontrados reforçam a existência de relação entre família e delinquência juvenil, porém acredita-se que esta produção ainda é pequena, pois foram encontrados apenas 10 trabalhos publicados durante os trinta anos de existência do LILACS. Considerando-se a importância do papel da família para a socialização de crianças e adolescentes, tanto prevenindo o ato infracional quanto atuando para a superação das situações de conflito com a lei, acredita-se necessário desenvolver mais estudos abordando esta temática.

Palavras-chave: Ato infracional; Família; Adolescente





III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

A manutenção dos vínculos familiares durante a internação hospitalar de gestantes de alto-risco – Contribuições da Terapia Ocupacional

Dani Laura Peruzzolo ¹

Juliana Lima da Silva ¹

Vitória Hoerbe Beltrame ¹

Catiuscia Moreira ¹

¹ Universidade Federal de Santa Maria

A Universidade Federal de Santa Maria tem promovido a qualificação de ações especializadas em saúde para a população assistida em seu hospital universitário. Este trabalho apresenta as intervenções da Terapia Ocupacional na implantação de seu serviço na unidade Tocoginecologia através de ações focadas para a manutenção dos vínculos familiares das gestantes de alto-risco, internadas por longos períodos. Os objetivos da intervenção são: oferecer a mulher/mãe alternativas para sentir-se vinculada ao cotidiano familiar e diminuir as angústias existentes pela ausência da mãe, principalmente dos filhos pequenos. A metodologia de trabalho parte da avaliação ocupacional para compreender o cotidiano desta mulher até a internação e o atual cotidiano familiar, levando em conta os motivos da hospitalização. Os atendimentos acontecem de uma a três vezes na semana, com duração de trinta minutos à uma hora, pelo período da internação e é desenvolvido por alunos da graduação e da Residência Multiprofissional, sob orientação da docente do curso de Terapia Ocupacional. As intervenções estão pautadas pela oferta de atividades que estimulem o reencontro com habilidades que compõe o cotidiano e que estão deixadas de lado pela hospitalização, na perspectiva de potencializar a autoestima da paciente; e por atividades que estimulem a manutenção dos vínculos entre a mãe e seus filhos, que seja através das trocas de cartões, cartas, fotos, presentes confeccionados por elas, chegando à produção de diários, a correção de caderno escolar, orientações quanto aos cuidados com alimentação, vestuário, etc. Os resultados tem apontado para uma resistência inicial com relação à execução da atividade proposta, anunciada nas falas como medo, receio de não conseguir, mas que se transforma em entusiasmo e satisfação a medida que a paciente vai



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

reencontrando seu potencial como mulher e mãe, reduzido pelos motivos da internação e pelo ambiente hospitalar. É evidenciado que este espaço terapêutico provoca na gestante o desejo da retomada de seu papel familiar e de suas relações vinculares, principalmente com os filhos, deslocando-se de uma posição passiva a uma posição ativa na busca da manutenção da saúde familiar. Quando o Terapeuta Ocupacional apresenta a paciente, alternativas para que ela retome seu papel familiar, reduz os efeitos iatrogênicos da hospitalização, diminui o sofrimento familiar quanto ao afastamento e oferece um novo espaço para pensar o lugar do bebê que está para chegar.

Palavras-chave: Gestante de alto-risco; Hospitalização; Terapia Ocupacional





**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

A Psicologia integrada ao tratamento de pacientes oncológicos

Caren Ferreira do Nascimento ¹

¹ Clínica de Hematologia e Oncologia Viver LTDA – Santa Maria, RS

No Brasil, a interface entre a psicologia e a especialidade da oncologia vem se desenvolvendo, ganhando importância a partir de reuniões de profissionais da saúde, com intuito de desenvolver a Psico-Oncologia. O primeiro “Encontro Brasileiro de Psico-Oncologia” aconteceu na cidade de Curitiba em 1989. Inicialmente, a psicologia contribuiu com o trabalho de auxiliar o médico na comunicação do diagnóstico da doença ao paciente e aos seus familiares. Atualmente, o papel da Psico-Oncologia tem contribuído para além da comunicação do diagnóstico, desenvolvendo suas ações visando à promoção de saúde, prevenção e tratamento do câncer, reabilitação do paciente, pesquisas e organização de serviços tanto no âmbito público e privado, como no terceiro setor. Este estudo tem como objetivo a reflexão acerca da atuação do psicólogo nos serviços de atendimento a pacientes oncológicos. Utilizou-se o método da observação de fenômenos presentes no “setting” do serviço e do atendimento de pacientes em tratamento quimioterápico. Pode-se inferir que a psicologia já é parte integrante no atendimento ao paciente oncológico e que têm seu papel delimitado neste processo, uma vez que o trabalho realizado pelo psicólogo no âmbito dos serviços de saúde tem sido reconhecido pela equipe interdisciplinar como necessário no atendimento das demandas apresentadas pelo paciente durante o diagnóstico, tratamento e recuperação da doença. São amplos e bem documentados os achados de alterações psicológicas em pacientes oncológicos. No entanto, a psicologia muito tem a contribuir para o atendimento deste paciente, porém, não mais como tratamento alternativo/complementar e sim como fazendo parte do atendimento global do paciente em tratamento do câncer. Para tanto, é imprescindível a conscientização do psicólogo quanto à sua importância no processo de diagnóstico, tratamento e prognóstico deste paciente. Uma possível iniciativa está em propor que “todos” os pacientes que utilizam os serviços de tratamento da doença tenham acesso direto ao atendimento psicológico. De maneira que a entrevista com o psicólogo seja realizada como parte da rotina dos serviços oferecidos



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

pelos hospitais, ambulatórios, clínicas especializadas e demais serviços oferecidos ao atendimentos do paciente oncológico.

Palavras-chave: Psico-Oncologia; Ações; Tratamento; Psicologia





III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

A saúde de adolescentes e a violência de gênero em suas relações amorosas

Cristiane dos Santos Schleiniger ¹

Bruna Krimberg von Muhlen ¹

Fabiana Verza ¹

Marlene Neves Strey ¹

¹ Pontifícia Universidade do Rio Grande do Sul (PUCRS)

Grupo de Relações de Gênero

Este trabalho é um recorte da dissertação de mestrado da primeira autora, que está em andamento. A Violência Baseada no Gênero é uma violação dos direitos humanos e um problema de saúde pública de graves consequências. A violência de gênero, sinônimo de violência de homens contra mulheres, pode iniciar já na adolescência, nas primeiras relações amorosas. Compreender as consequências da violência de gênero nas relações amorosas de adolescentes do sexo feminino em situação de vulnerabilidade social é o objetivo deste estudo. Este estudo apresenta um delineamento de caráter exploratório seguindo um enfoque metodológico qualitativo. Foram entrevistadas 30 adolescentes, utilizando-se entrevistas em grupo, seguindo a técnica de grupo focal. A análise dos dados foi realizada a partir da Análise de Conteúdo, em que foram definidas categorias de acordo com os objetivos propostos. Os resultados iniciais indicam que adolescentes do sexo feminino expostas a violência de gênero apresentam prejuízos em sua saúde física e emocional. Entre as adolescentes entrevistadas observou-se a presença de risco à saúde sexual, devido à vivência de violência sexual em seus próprios relacionamentos amorosos e a não adesão ao uso de preservativo nestas situações. No que tange aos aspectos emocionais, observou-se sentimentos de culpa, hostilidade, vergonha, desconfiança, medo, isolamento, confusão, irritabilidade, desamparo, desesperança e impotência. Tais sentimentos podem evoluir para diagnósticos de Depressão, Transtorno de Stress Pós-Traumático, tentativa de suicídio entre outros sintomas derivados da exposição à violência de gênero. Conclui-se que a questão da violência de gênero nas relações amorosas em



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

adolescentes do sexo feminino apresenta diversas implicações negativas para o desenvolvimento destas jovens e é um problema de saúde pública.

Palavras-chave: Adolescência; Saúde feminina; Relações amorosas; Violência de gênero





**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

**A visão da equipe multiprofissional em torno da prática psicológica nos Centros de
Atenção Psicossocial**

Juliana Cantele ¹

Dorian Mônica Arpini ¹

¹ Universidade Federal de Santa Maria (UFSM)

Com o despertar dos trabalhadores em saúde mental surge a Reforma Psiquiátrica Brasileira na perspectiva de superar o modelo hospitalocêntrico, levando ao sujeito que sofre uma forma mais humanitária de tratamento. Assim, os Centros de Atenção Psicossocial entram em vigor com a finalidade de restabelecer os laços entre o usuário, a família e a sociedade, ampliando as possibilidades de acolhimento e atendimento. O psicólogo, ao lado de outros profissionais, passa a se inserir nesse novo modelo. Neste sentido, o presente estudo teve como objetivo conhecer a representação social da prática psicológica a partir do olhar da equipe multiprofissional de dois Centros de Atenção Psicossocial. Com este intuito, foi realizado um estudo de caráter qualitativo com a aplicação da técnica de entrevista semi-dirigida, tendo como participantes 11 profissionais de diversas áreas. Além das entrevistas foram realizadas observações sistemáticas nas reuniões de equipe dos Centros de Atenção Psicossocial. A análise dos dados coletados foi realizada através da análise de conteúdo. Dessa forma, o presente trabalho buscou compreender como os integrantes que compõem as equipes de saúde mental percebem a prática da psicologia inserida nesses serviços.

Palavras-chave: Equipe Multiprofissional; Prática Psicológica; Centro de Atenção Psicossocial



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

A vivência dos familiares diante do diagnóstico e tratamento de crianças e adolescentes com câncer

Andresa Petter Machado ¹

Beatriz Teixeira Weber ¹

¹ Universidade Federal de Santa Maria (UFSM)

O câncer infantil consiste em uma doença grave, crônica, e envolve um tratamento agressivo, prolongado e estressante. A doença e o tratamento provocam comoção emocional e transtornos psicossociais não apenas no paciente, mas também em sua família. Partindo deste pressuposto, o presente trabalho visa identificar as necessidades, dificuldades, percepções e sentimentos vivenciados pelos familiares de crianças e adolescentes com câncer, desveladas a partir de sessões grupais. Este é um estudo qualitativo, de cunho descritivo-exploratório. Quanto ao contexto de atendimento, trata-se de um grupo aberto, coordenado por uma psicóloga, de frequência semanal, destinado ao atendimento de familiares que estavam acompanhando crianças e / ou adolescentes hospitalizados junto à unidade de Hemato-oncopediatria de um hospital geral, público e universitário. Os atendimentos foram pautados sob o referencial da teoria Psicanalítica, adaptada ao ambiente hospitalar e a flexibilidade que este local exige. Foram totalizadas e transcritas dez sessões, para posterior análise. Os dados estão sendo submetidos à Análise de Conteúdo conforme proposta por Bardin. Os resultados preliminares demonstram que o diagnóstico de uma criança com câncer desencadeia reações de choque nos familiares, além de suscitar vivências de angústia e desorganização. Ansiedade, impotência, depressão, culpa, isolamento, revolta e negação, estão entre as manifestações psíquicas mais presentes. Além disso, a vida da criança e o cotidiano familiar sofrem uma rápida e intensa transformação. Frente a isso, o apoio mútuo entre os familiares destes pacientes revela-se um recurso bastante valorizado pelos mesmos para o enfrentamento da doença e tratamento. O aspecto terapêutico do grupo também foi enfatizado positivamente pelos participantes.



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Palavras-chave: Psicologia; Família; Câncer infantil





III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

**Adolescentes e drogas: uma revisão de literatura sobre a produção científica nacional
no ano de 2011**

Cristiane Rosa dos Santos ¹

Martina Von Muhlen Poll ¹

Jordana Rodrigues da Silva ¹

Ana Cristina Garcia Dias ¹

Jana Gonçalves Zappe ²

¹ Universidade Federal de Santa Maria (UFSM)

² Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)

A saúde de adolescentes faz parte da agenda nacional de prioridades de pesquisa em saúde, considerando-se relevante investigar os riscos associados ao uso de drogas, um dos principais problemas de saúde identificados na adolescência. Investigar como esta prioridade tem sido respondida pelas pesquisas que compõem o cenário recente da literatura científica nacional. Realizou-se uma busca sistemática de artigos publicados na biblioteca eletrônica SCIELO. As palavras-chaves foram *adolescentes e drogas*. Utilizou-se como critério de inclusão o ano de publicação (2011) e o idioma (português), com o intuito de acessar as publicações nacionais mais recentes. Foram encontrados 202 artigos, e destes 23 foram publicados em 2011, sendo 15 deles publicados no idioma português. Quanto ao local onde foram realizadas as pesquisas, a análise dos artigos revelou que 60% foram em escolas públicas e privadas e 40% em instituições públicas de atendimento em saúde. Quanto ao conteúdo, 53,3% enfatizam a importância da família na proteção dos adolescentes quanto ao uso de substâncias ilícitas, ressaltando a importância da atuação preventiva da família e também da sociedade. Além disso, 20% abordam a relação entre uso de drogas e violência, sendo que o acolhimento em serviços ambulatoriais de assistência à saúde do adolescente demanda atuações integradas focando tanto o uso de drogas quanto a atenção aos casos de violência associados ao uso de drogas. 20% discutem a legislação sobre o álcool, denunciando a posição contraditória da sociedade, que condena o uso abusivo, mas permite que o consumo seja estimulado através da mídia. Apenas 6,6% discutem sobre as dificuldades quanto ao encaminhamento de



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

adolescentes para serviços de saúde de atenção a adolescentes. Conclui-se que o uso de drogas tem sido abordado de modo abrangente, tanto no ambiente escolar quanto nos serviços específicos de saúde, o que salienta a importância que tem sido dada a este tema. A literatura reconhece a relevância da família e da sociedade na prevenção do uso de drogas, porém salienta-se a necessidade de estudos que abordem também o enfrentamento do problema em termos de tratamento e promoção de saúde.

Palavras-chave: Saúde; Adolescentes; Drogas





III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

**Adolescentes vivendo com HIV/AIDS: a expressão do corpo a partir do desenho da
figura humana**

Vanessa Limana Berni ¹

Adriane Roso ¹

Claudia Soder dos Santos ¹

Ana Paula dos Santos ¹

Sâmara Pereira Palazuelos ¹

Daiane de Magalhães Tolentino ¹

¹ Universidade Federal de Santa Maria (UFSM)

Crianças e os adolescentes são uma parte crescente na pandemia da Aids. Partindo dessa temática, abordada pelo projeto de pesquisa “Corpos Positivos: um estudo sobre identidade e representações de pré-adolescentes em tempos de Aids”, busca-se através do Desenho da Figura Humana (DFH), e posterior inquérito, identificar como adolescentes que vivem com HIV/Aids desde o nascimento expressam-se e representam-se. Essa compreensão se dá por meio da interpretação das projeções feitas à figura desenhada, especialmente no que se refere às características pessoais, ao corpo, relações sociais e metas. O DFH, criado por Machover, consiste basicamente em pedir ao sujeito que desenhe uma pessoa como quiser, desde que inteira. Entende-se que ao atender a essa solicitação, a pessoa projeta no papel a imagem corporal que possui, em grande parte inconsciente para ela. No desenho, e durante o inquérito produzido sobre o mesmo, a pessoa pode refletir também imagens idealizadas, emoções momentâneas, atitudes frente aos outros, à vida, à sociedade. Neste estudo, participam adolescentes que conhecem seu diagnóstico positivo para o HIV – transmissão vertical –, idade entre 10 e 14 anos, e que realizam seu tratamento num hospital do interior do Rio Grande do Sul – Brasil. A interpretação foi feita segundo critérios de Kolck, junto a outras inferências e interpretações, de modo a responder aos objetivos previstos. A partir do material produzido por cinco adolescentes do sexo feminino, foi possível observar produções de/sobre figuras humanas com idade e características bem próximas das suas. Quanto às mudanças no corpo, expressam-se positivamente com relação à região da cabeça



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

(cabelos e olhos), e negativamente aos membros superiores e inferiores, bem como no que se refere à estatura. O relacionamento com a família foi pouco enfatizado em suas falas, mas o contato com amigos foi descrito positivamente. Trazem anseios profissionais, verbalizando o desejo de terem uma profissão no futuro. A análise do material produzido confirma o DFH como um teste potencial para projeção da auto-imagem. Além disso, conclui-se que aliar o DFH com posterior inquérito pode servir não apenas como ferramenta de avaliação de cunho emocional, mas como um instrumento importante na construção do rapport em contextos de pesquisa.

Palavras-Chave: Psicologia Social; Adolescência; Desenho da Figura Humana; HIV/Aids





III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

**Autopercepção em crianças vítimas ou não de abuso sexual intrafamiliar pelo método
Rorschach**

Gabryellen Fraga Des essarts ¹

Bruna Nery Pormann ¹

Katherine Flach ¹

Virginia Graciela Wassermann ¹

Blanca Susana Guevara Werlang ¹

¹ Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS)

O estudo objetivou compreender e identificar a qualidade da Autopercepção, nas crianças vítimas de abuso sexual intrafamiliar, assim como, nas suas respectivas mães através do método Rorschach. Para tal, este estudo quantitativo, de tipo transversal, utilizou 48 sujeitos divididos em dois grupos. O primeiro grupo (G1) ficou constituído por 12 crianças, com idades entre 6 a 11 anos, vítimas de abuso sexual intrafamiliar e suas respectivas mães (12). O segundo grupo (G2) por 12 crianças da população geral e suas respectivas mães (12). As características apresentadas pelos componentes do G1 (crianças vítimas de abuso sexual intrafamiliar) quanto à idade e ao gênero, deram origem às características para a organização do G2 (crianças sem história de abuso sexual intrafamiliar). Para avaliar a Autopercepção (nas crianças e suas mães, dos grupos G1 e G2) foi utilizado o Método de Rorschach, seguindo o Sistema Compreensivo de John Exner. Foi utilizada uma Ficha de Dados Pessoais e Sociodemográficos, elaborada para uso específico deste estudo. Para excluir casos (crianças) com suspeita de comprometimento intelectual foi administrado, de forma individual, o Teste Matrizes Progressivas Coloridas de Raven, e para identificar problemas de comportamento foi utilizado o CBCL, que foi respondido pelas mães das crianças vítimas de abuso sexual intrafamiliar e sem história de abuso sexual intrafamiliar. Todas as informações coletadas, a partir dos instrumentos, foram organizadas em banco de dados no programa estatístico SPSS, versão 17.0. As respostas sofreram uma análise descritiva dos dados através de cálculo de frequências, médias e desvio padrão, além de um índice de concordância por



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

meio do teste estatístico Kappa. Com base nos resultados foi possível observar que a Autopercepção distorcida, baixa autoestima e noção distorcida de identidade foram presentes em maior frequência nas crianças vítimas de abuso sexual (G1) em comparação com as não-vítimas (G2), assim como nas mães das crianças vítimas (G1) em comparação com as mães das crianças não-vítimas (G2).

Palavras-chave: Abuso sexual intrafamiliar; Método Rorschach; Autopercepção





**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

**Conhecendo necessidades e descobrindo possibilidades dentro do campo da Pediatria
no Hospital Universitário de Santa Maria**

Catiúscia Rosa Moreira ¹

Amara Holanda Battistel ¹

Jocinara Goulart Camargo ¹

¹ Universidade Federal de Santa Maria (UFSM)

A disciplina de Prática em Terapia Ocupacional IV, do curso de graduação de Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), oportuniza o conhecimento e inserção do acadêmico em campos diversos. Também é instrumento de discussão, reflexão e desempenho de formas de avaliação e intervenção. Transpassando saúde-doença na clínica da terapia ocupacional, a disciplina referida nos insere no campo da Pediatria Hospitalar onde Jocinara Goulart Camargo, terapeuta ocupacional especializanda em Reabilitação Motora na UFSM, exerce o papel de preceptora, sendo também orientada pela terapeuta ocupacional e professora da disciplina Amara Holanda Battistel. Nesse contexto professora responsável, especializanda e acadêmica procuram conhecer o ambiente e seu funcionamento. Para isso utilizamos da observação do trabalho dos profissionais e da relação direta com os pacientes. Foi possível perceber que esse ambiente necessita de profissionais que tenham um olhar sensível ao outro e realizem uma boa escuta, estando atento as reais necessidades dos sujeitos e suas dificuldades diante da situação de internação, tanto para o paciente, enquanto criança, como para o cuidador, enquanto pai/responsável, pois ambos se encontram em um momento vulnerável não somente físico como emocionalmente, em função de todos os transtornos causados pela mudança de cotidiano provocada pela situação de doença e pela internação. É também de extrema importância pensar no profissional de saúde que trabalha nesse área e está tão envolvido e até mesmo consumido pela técnica, acabando por perder muitas vezes a sensibilidade, até mesmo por motivo de defesa emocional e pouco contribuindo com a qualidade do ambiente. Nesse sentido trazemos esse trabalho para divulgar a necessidade da realização de intervenções que costurem vínculos e fortaleçam pacientes, cuidadores e profissionais



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

de saúde. Como a terapia ocupacional trabalha visando a saúde e qualidade de vida em um saber não técnico, que procura a respostas nos desejos trazidos pelos sujeitos, dando empoderamento a estes, nos entendemos como profissionais aptos para auxiliar a construção dessas redes. Fortalecidos poderemos, todos os profissionais de saúde ajudar a transformar o ambiente traumático da internação para uma experiência de vida que traga aprendizagem a até mesmo algumas boas recordações, promovendo qualidade de vida para a criança em internação e para todos os envolvidos.

Palavras-chave: Humanização hospitalar; Terapia Ocupacional; Pediatria





**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Conhecimento de adolescentes dos contextos urbano e rural sobre seus direitos e deveres

Cássia Ferrazza Alves ¹

Aline Cardoso Siqueira ²

¹ Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)

² Universidade Federal de Santa Maria (UFSM)

Uma das alternativas para o enfrentamento da violação dos direitos das crianças e dos adolescentes é o amplo conhecimento deste público sobre seus direitos e deveres, como também as pessoas e as instituições a que podem recorrer para a garantia dos direitos. Dessa forma, as crianças e os adolescentes teriam condições de reconhecer quando seus direitos estiverem sendo violados e poderiam solicitar ajuda às pessoas certas. O conhecimento dos deveres estimula o senso de cidadania e a responsabilidade. Assim, este estudo objetivou investigar o conhecimento que adolescentes do contexto urbano e rural têm sobre seus direitos e deveres. Participaram desse estudo 47 adolescentes de 12 e 15 anos de idade de ambos os sexos, sendo 27 estudantes de uma escola pública urbana e 20 de uma escola pública rural, ambas localizadas em um município do interior do Rio Grande do Sul. Foi utilizado como instrumento um questionário auto-aplicado sobre conhecimento em direitos e deveres. Todas as considerações éticas no que tange a pesquisas com seres humanos foram contempladas. A maioria dos estudantes tem conhecimento de seus direitos e deveres, sendo a educação o direito e dever mais citado pelos dois grupos. Os estudantes da escola urbana apontaram após o direito à educação, o direito de expressar a opinião, enquanto os estudantes da escola rural destacaram o direito de não trabalhar. Estas diferenças apontam que o microssistema no qual os estudantes estão inseridos os influencia no processo de aquisição de conhecimento sobre seus direitos. Além disso, tanto os estudantes da escola urbana quanto os da escola rural mencionaram os pais como principais fontes de apoio nas situações de violação dos direitos. No que se refere ao Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), 21 (77,78%) estudantes da escola urbana já ouviram falar sendo que 07 (25,92%) estudantes sabem para que serve.



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Enquanto isso, os estudantes das escolas rurais que já ouviram falar do ECA condizem com 17 (85%) e 07 (35%) sabem para que serve. Esses dados, sugerem que os estudantes das escolas rurais têm maior conhecimento do ECA talvez por estarem em situação de maior risco e vulnerabilidade na violação de seus direitos. A partir dos resultados, sugere-se a criação de orientações aos adolescentes sobre seus direitos e deveres podendo ser realizadas dentro do contexto escolar como oficinas, grupos e palestras promovidas pelos órgãos de proteção às crianças e aos adolescentes.

Palavras-chave: Adolescentes; Contextos urbano e rural; Direitos e deveres das crianças e dos adolescentes





III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

**Contemplando a mudança: perfil de pacientes em ambulatório para cessação do
tabagismo**

Paula Moraes Pfeifer ¹

Cristiane Olmos Grings ¹

Mariana Alievi Mari ¹

Evelyn Soledad Reyes Viguera ¹

¹ Instituto de Cardiologia/Fundação Universitária de Cardiologia do RS (IC/FUC)

O tabagismo é considerado um importante problema de saúde pública. Além disso, é um dos principais fatores de risco modificáveis para doenças cardiovasculares. Assim, a abordagem feita pelos profissionais da saúde torna-se imprescindível, pois 77% dos fumantes que desejam cessar o tabagismo necessitam de apoio formal para obter êxito. Levando em conta esse contexto, foi realizado estudo transversal, com o objetivo de descrever o perfil do paciente tabagista cardiopata ou com risco para doenças cardiovasculares em Ambulatório de Cessação do Tabagismo de um hospital especializado em cardiologia. Para tanto, constituiu-se amostra de 207 pacientes, de ambos os sexos, no período entre 2006 e 2011. Os participantes passaram por avaliação inicial com o médico e a psicóloga, na qual responderam um questionário sobre dados da história clínica, sócio-demográficos, psicossociais, tabagismo e estágio de prontidão para a mudança (Prochaska e DiClemente). Essas informações foram selecionadas no banco de dados; as variáveis quantitativas descritas por média e desvio padrão e as variáveis categóricas por frequência e percentuais. As diferenças entre homens e mulheres analisadas através do Qui-quadrado, Teste T de Student e Teste de *Mann-Whitney*. A idade dos participantes variou entre 38 e 74 anos, a maioria é do sexo masculino (55,6%), casado (68,7%), com ensino fundamental incompleto (61,4%) e situação profissional ativa (44,9%). Ambos os sexos apresentaram idade de início do tabagismo precoce, entretanto, os homens apresentaram maior consumo diário de tabaco em relação às mulheres ($p=0,004$), já as mulheres apresentaram maior sintomatologia depressiva ($p<0,001$). Observou-se ainda que a maioria dos pacientes do ambulatório encontrava-se no estágio de contemplação de prontidão para mudança



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

(53,1%). Conclui-se que os resultados reforçam dados da literatura que revelam a precocidade da idade de início do hábito tabágico e a dificuldade enfrentada na tentativa de cessação do tabaco. Observa-se que a maioria dos pacientes do ambulatório, não estava suficientemente motivada para efetivar a cessação do tabagismo, por encontrar-se em estágio contemplativo, necessitando de apoio profissional para obter êxito.

Palavras-chave: Abandono do hábito de fumar; Doenças cardiovasculares; Psicologia





III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Corpo mídia e envelhecimento das mulheres: primeiras vivências em grupo

Letícia Dalla Costa ¹

Adriane Roso ¹

Mauren de Vargas Minato ¹

Maiana Busnelo ¹

Samanta Basso ¹

Jusiene Denise Lauermann ¹

¹ Universidade Federal de Santa Maria (UFSM)

Esse trabalho trata do relato de uma das atividades desenvolvidas no Projeto de Ensino e Extensão intitulado Psicologia Social, Cinema e Saúde: Círculo de Estudos e Análise Crítica Compartilhada de Filmes/Documentários. O projeto tem como objetivos: (a) capacitar alunos no campo teórico-metodológico da Psicologia Social enfatizando o estudo de temáticas específicas do campo da saúde, tendo como base a Psicologia Social Crítica e Estudos de Gênero; (b) propiciar maior inclusão cultural como resultado da facilitação do acesso às peças midiáticas de pessoas de comunidades visando uma maior integração entre academia e sociedade e, (c) estimular o desenvolvimento do pensamento crítico-dialógico sobre problemáticas em saúde, utilizando dispositivos midiáticos como disparadores. Dentre as atividades do projeto, encontram-se a denominada “Estudos em Psicologia Social”, que por sua vez, contempla diferentes olhares (temáticas). Cada olhar é mediado por um discente mestrando, supervisionado pela Professora Coordenadora do projeto. O projeto encontra-se na sua segunda edição, contendo quatro novos “olhares”, compostos por uma miríade de textos científicos a serem lidos e filmes a serem debatidos. No presente, será relatada a atividade “Olhares sobre corpo, mídia e envelhecimento das mulheres”. Formou-se um grupo com 12 participantes através de um processo seletivo realizado pela proponente da atividade de estudos. Os encontros ocorrem quinzenalmente nas dependências do curso de Psicologia da UFSM durante, aproximadamente, 60 minutos, e neles são realizadas atividades dialogadas orientadas. Focaremos no relato de uma das metodologias empregadas na atividade que denominamos “carta do futuro”: foi proposto



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

que cada membro escrevesse uma carta imaginando-se 50 anos mais velho. Esse movimento foi um disparador de discussões sobre a temática em questão, proporcionando reflexões acerca do processo de envelhecimento de cada participante e suas percepções quanto a isso. A leitura de textos nos demais encontros serviu como base para as discussões e (des)construções do grupo em torno da temática fundadora da atividade aqui mencionada. Dessa forma, foi possível entrar no campo da desnaturalização de questões que tangem o campo do envelhecimento. Pode-se, também, pensar como ele é apresentado na contemporaneidade e, para além disso, foi possível questionar alguns estereótipos que circulam em nossa sociedade acerca desse grupo social. Devido a fase inicial de andamento das atividades, acredita-se que no decorrer dos encontros novas perspectivas teóricas possam ser exploradas, permitindo novas ações no sentido de aprimorar o caminho que está sendo construído na busca por um olhar crítico acerca do social que abarca a temática base através da vivência em grupo.

Palavras-chave: Psicologia Social; Psicologia de Grupos; Envelhecimento das Mulheres



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

CTI Pediátrica: a Importante Função do Cuidador

Marielelem Pazzinato ¹

Joana Knoff Longoni ¹

Luana Bonavigo ¹

Morgana Zamarchi ¹

¹ Universidade de Passo Fundo (UPF)

Esta prática visou observar os cuidadores de bebês prematuros em situação de risco de vida. Foi realizado na CTI pediátrica de um hospital do Norte do Estado do Rio Grande do Sul, onde o contato e a interação dos cuidadores com o bebê foi o foco dos pesquisadores. No local havia três técnicos em enfermagem, uma enfermeira e uma médica pediatra, que cuidavam da alimentação, da higiene e da medicação dos seis bebês. Utilizaram-se como recursos a observação do trabalho das profissionais durante o turno da manhã. Além disso, foi utilizada a entrevista não-estruturada como forma de esclarecimento a respeito das condições de saúde e necessidades dos bebês, tais como: medicamentos que faziam uso e de que forma eram alimentados, conforme a situação que os mesmos se encontravam. Dessa forma, buscamos mostrar a importância do papel do cuidador nos primeiros momentos da vida da criança, em que os pais não se fazem presentes. Diante da observação feita, pode-se perceber que as profissionais envolvidas na atividade dos cuidados primários se dirigiam somente para o autoconservativo, talvez por ser esta a prática passada em suas formações, como sendo o serviço que elas devem exercer, não dando maior ênfase ao olhar, contato e fala como algo a mais, algo que é tão importante para o bebê recém nascido, principalmente por não estarem sobre o olhar de seus pais. Houve um rompimento do contato materno de amor e afeto gerado ainda na gestação, pois essa relação não era alimentada naquele local. Esses bebês não tiveram contato com o corpo de outra pessoa, aquela que pensavam ser sua continuação, e principalmente não tiveram a ligação com o seio materno ao nascer. Essas marcas ficarão transcritas no psiquismo como um contato vazio, sem representações boas, as quais a diáde incita. Quando esses bebês voltarem para suas casas, toda associação feita por eles, dos seus



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

primeiros registros, deverão ser retranscritas através do contato com os pais. A partir disso, percebe-se uma carência na formação dos profissionais que exercem essa função, de modo que deveriam enfatizar a importância desse primeiro contato do bebê com o mundo externo. Os mesmos não fazem isso por não serem instruídos em suas formações dessa enorme importância.

Palavras-chave: Cuidadores de bebês; Psicologia na primeira infância; Primeiros registros do contato com o outro





**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

**Despertar de consciência através da inserção acadêmica nas Conferências de Saúde
Mental do Rio Grande Sul – Brasil**

Catiúscia Rosa Moreira ¹

Amara Lúcia Holanda Tavares Battistel ¹

¹ Universidade Federal de Santa Maria (UFSM)

Apoiadas na lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS, acontecem as Conferências de Saúde. Assim, em de abril de 2010 realizou-se a III Conferência Municipal de Saúde Mental de Santa Maria – RS. Nela foram eleitos delegados para participarem da III Conferência Estadual de Saúde Mental – Intersetorial/Rio Grande do Sul, ocorrida em São Lourenço do Sul, em maio do mesmo ano. De acordo com o Movimento da Reforma Sanitária, dos princípios e das diretrizes do SUS e das Diretrizes Curriculares Nacionais, reveste-se de expressiva importância trabalhar a dimensão da participação política com os futuros profissionais de saúde. O presente trabalho tem por objetivo relatar a experiência dessa inserção como acadêmica do curso de Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Santa Maria - Brasil, em um espaço de discussão da política de saúde, incentivado e ocorrido dentro da disciplina Políticas de Saúde oferecida pelo curso, ministrada pela orientadora deste trabalho. Destaca-se a importância dessa experiência para o desenvolvimento acadêmico, pessoal e como cidadã, tendo sido um incentivo importante à efetividade da cidadania. Após participar da conferência municipal, fui eleita na categoria Usuários do SUS, como delegada para a III Conferência Estadual de Saúde Mental – Intersetorial/RS. Percebo que as participações nessas conferências vieram a despertar a consciência política, instigar o desejo de exercer o controle social e contribuir como cidadã, utilizando de um direito e cumprindo o dever de participar das decisões que são de extrema importância social. Sugere-se que esse movimento de conscientização e participação política, seja nas conferências ou em outros locais de decisão, seja integrado de forma efetiva a todos os cursos da área da saúde, tanto em disciplinas específicas, como foi o caso da terapia ocupacional, como em outros espaços que a academia proporciona,



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

pois percebe-se que as inserções nesse espaço de decisão política ainda são incipientes no campo acadêmico e mesmo no profissional. Diante do relatado, saliento o valor que atribuo à disciplina Políticas de Saúde e aos professores ministrantes da mesma, entendendo que é nesse momento de formação acadêmica que ocorrerá, muitas vezes, o despertar de consciência política e da efetividade da cidadania.

Palavras-chave: Conferências de Saúde; Políticas de Saúde; Inserção acadêmica





III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Dificuldades de aprendizagem em crianças: um estudo de reflexão sobre fatores relacionados

Lilian Lopes Pereira ¹

Carina Chimainski ¹

¹ Faculdade Integrada de Santa Maria (FISMA)

Atualmente, no Brasil, há intensa ocorrência de casos de dificuldades de aprendizagem em crianças. Neste sentido, tal assunto apresenta-se como uma oportunidade de reflexão, possibilitando repensar os fatores envolvidos nos processos de aprendizagem. O distúrbio de aprendizagem é compreendido como o termo utilizado para explicar comprometimentos neurológicos que interferem na percepção e no processamento da informação pelo aluno, impedindo sua aprendizagem. Analisar os problemas de aprendizagem tem sido um trabalho recorrente para muitos autores, visto que se busca identificar a partir das dificuldades quais as causas associadas e a que contexto específico emerge essas desordens. Acrescenta-se que, ações preventivas relacionadas à criança e seu ambiente familiar são relevantes, visto que é um fator considerável as dificuldades de aprendizagem. Este estudo buscará promover um levantamento de dados sobre a temática a ser discutida, construindo subsídios que auxiliem na construção de soluções a partir da análise baseada nos referenciais utilizados. Investigar os fatores envolvidos nos problemas de aprendizagem apontados pela literatura pesquisada. Trata-se de um estudo reflexivo, a partir de uma breve revisão da literatura, com base na análise de livros e artigos científicos. Constata-se que nem sempre a dificuldade de aprendizagem aparece como fator de risco isolado, poderá estar associada também a problemas socioemocionais e comportamentais. Diante disso, entende-se que a realização de pesquisas nesse enfoque vem contribuir para a identificação de fatores de risco no que tange ao desenvolvimento das dificuldades de aprendizagem. Neste sentido, prevenindo o aparecimento e, conseqüentemente, os problemas psicossociais recorrentes.

Palavras-chave: Dificuldades de aprendizagem; Psicologia; Escola



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

**Entendendo a dinâmica familiar: utilidade do genograma para os profissionais da
área da saúde**

Diego Gonçalo Moraes Gomes ¹

Sonia Arns ¹

¹ Faculdade Integrada de Santa Maria (FISMA)

Amplamente utilizado por terapeutas familiares, o genograma é uma maneira visual de organizar as informações reunidas durante uma avaliação familiar e identificar padrões para um tratamento mais específico. Registra informações sobre os membros de uma família e suas relações em pelo menos três gerações. Permite mapear claramente a estrutura familiar além de observar e atualizar o mapa dos padrões de relações e funcionamento da família à medida que vão surgindo. Para o registro clínico, o genograma possibilita um resumo eficiente, permitindo que uma pessoa que não está familiarizada com o caso obtenha rapidamente uma grande quantidade de informações sobre a família e analise os problemas e os recursos potenciais da mesma. Enquanto as anotações escritas em um gráfico ou questionário podem ficar perdidas em um registro, as informações do genograma são imediatamente reconhecíveis e podem receber acréscimos e ser corrigidos a cada consulta clínica, à medida que se vai sabendo mais sobre a família. O embasamento teórico utilizado neste trabalho é o estudo de Monica McGoldrick que desenvolveu este instrumento para estudar a organização das famílias, pesquisar a sua história e as relações entre seus membros, de acordo com gerações, idade, sexo, padrões de relacionamento e comportamentos. Objetiva-se neste estudo, demonstrar aos profissionais da saúde como utilizar o genograma, usando como exemplo o caso de uma família em processo de luto.

Palavras-chave: Genograma; Dinâmica familiar; Saúde



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Entrevistando nossas mães: uma pesquisa-intervenção sobre o significado da tripla jornada de trabalho

Samanta Basso ¹

Maiana Busnelo ¹

Nathiele Almeida ¹

Adriane Roso ¹

¹ Universidade Federal de Santa Maria (UFSM)

O cenário da Terceira Revolução Industrial abriu espaço para a maior participação das mulheres no mercado de trabalho, não só pela necessidade de complementação da renda familiar e pelas novas oportunidades surgidas, mas também pela quebra dos padrões comportamentais que essas mudanças trouxeram. As mulheres passaram a integrar, cada vez mais, espaços extra contexto doméstico, o que impacta positivamente na vida da mulher. Por outro lado, pode impactar negativamente na saúde da mulher. As mulheres que trabalham com remuneração acabam se sobrecarregando, pois continuam a ser as principais executoras das tarefas domésticas e a exercer a função de cuidadora do grupo familiar (filhos, marido, pais, etc). Pesquisas indicam que o número de horas que as mulheres dedicam ao trabalho da casa, embora com decréscimos nos últimos anos, ainda é três vezes maior do que o número de horas dedicadas pelos homens, independentemente de nível socioeconômico e de escolaridade. O objetivo do nosso estudo é conhecer os sentidos construídos acerca da tripla jornada de trabalho das mulheres (trabalho remunerado, tarefa doméstica, cuidado do grupo familiar). Baseando-nos na proposta metodológica de Godinho, Vargas e Ghiggi, realizamos duas entrevistas narrativas com participantes escolhidas intencionalmente: mães das duas primeiras autoras desse estudo. Trata-se de uma pesquisa-intervenção, isto é, pesquisadoras e pesquisadas, ou seja, sujeito e objeto do conhecimento se constituem no mesmo momento, no mesmo processo. As falas das nossas mães durante a entrevista nos propiciaram reflexões acerca das relações de gênero e de como as experiências vivenciadas por elas nos atravessam. Entendemos, assim, que nossas vivências de gênero se dão a partir da vivência de nossas mães, pois nossa visão de mundo



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

nasce no instante em que nossas relações se processam. A perspectiva da Psicologia Social Crítica, aliada aos Estudos de Gênero, serve como norte de interpretação. A análise preliminar das entrevistas nos mostra que a sequência de atribuições sociais, familiares e profissionais, ocupadas pelas entrevistadas, se modificou ao longo dos anos. Na primeira geração (avós), as mulheres sofriam uma “quádrupla jornada” (sic), mas tinham tempo para lazer. Na segunda geração (das entrevistadas), a jornada é “tripla” (sic), mas o que as assola é a “burocracia” (sic), o que impacta a “parte emocional” (sic) do sujeito e impacta a nós pesquisadoras também, pois seus modos de vida atravessam nossas experiências de gênero.

Palavras-chave: Psicologia Social; Relações de Gênero; Saúde das Mulheres





III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Estilos de vida e controle organizacional

Anelise Schaurich dos Santos ¹

Cláudia Maria Perrone ¹

Gênesis Marimar Rodrigues Sobrosa ¹

Gabriela Barbosa de Lima ¹

Débora Caiaffo Ambros ¹

Diana Soldera ¹

¹ Universidade Federal de Santa Maria (UFSM)

A presente pesquisa tem como objetivo problematizar o conceito de estilos de vida e sua relação com os novos mecanismos de controle no capitalismo. Para entender como se dá esse processo, utilizou-se a metodologia do estudo caso caracterizado como interpretativo, pois além da descrição do fenômeno estudado, busca encontrar padrões nos dados e desenvolver categorias conceituais para ilustrar ou confirmar hipóteses. A pesquisa teórica e empírica deste conceito justifica-se devido às mudanças ocorridas na produção capitalista, que passou por grandes transformações nos últimos quarenta anos. Basicamente já não se pode mais separar o capital como produtor de mercadorias e bens da chamada superestrutura, ou seja, da produção de idéias, crenças, percepções e gostos. A produção capitalista não apenas se reapropria da produção da cultura, crenças e desejos, como também – e aqui ocorreu um *turn over* – de seus vínculos com a própria produção e circulação de mercadorias. Tornou-se difícil hoje pensar em uma mercadoria separada de seu componente “estilo de vida” ou de uma subcultura associada. Essa transformação incorporou igualmente uma mudança fundamental no mundo do trabalho. Não é somente o trabalho físico que se põe em jogo no processo de produção, mas também o conhecimento, o afeto e os desejos. A problematização dos estilos de vida tornou-se essencial no contexto biopolítico, pois como indica Lazzarato & Negri, o valor do dinheiro e suas trocas não está mais no trabalho, mas na existência; a materialidade do dinheiro não é mais o tempo de trabalho, mas o tempo de existência. A existência passa a significar potência de autoafirmação, força de autoposicionamento baseados em modos e estilos de vida. O projeto de *homo economicus* do capitalismo contemporâneo é o sujeito da troca e do

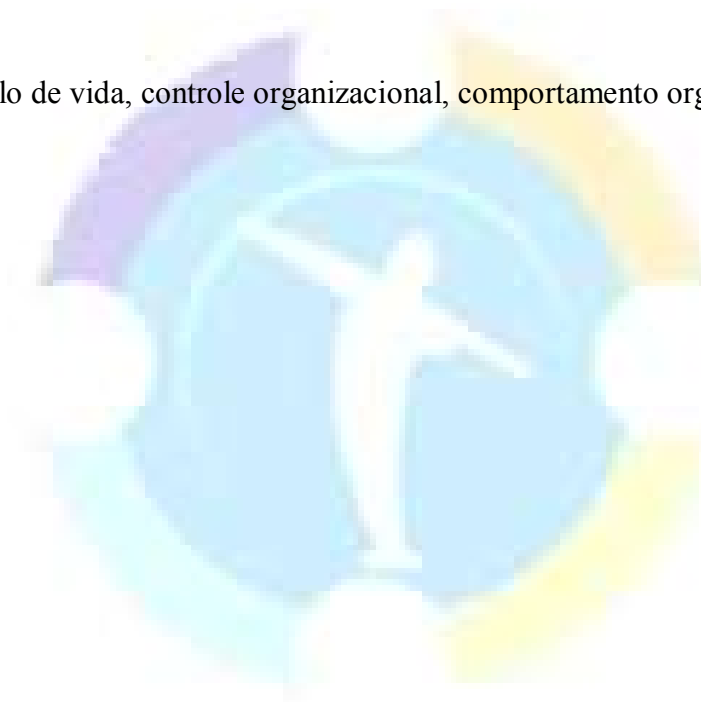


**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

mercado, o empreendedor de si. O trabalhador se transformou em capital humano, que deve assumir ele mesmo a sua formação, crescimento e valorização enquanto capital. O “trabalhador” não é mais considerado unicamente como um fator de produção, uma força de trabalho, mas um capital-competência, uma máquina-competência acompanhada por um estilo de vida, um modo de vida, uma postura moral proativa e empreendedora que determina as ligações do indivíduo com ele mesmo, com o tempo, com o social, com o futuro, com os grupos a que pertence, com a família. Nesse sentido, o projeto neoliberal do capitalismo atual inaugura o governo das condutas, como define Foucault e que irá determinar os estilos de vida.

Palavras-chave: estilo de vida, controle organizacional, comportamento organizacional





III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Estimulando reflexões sobre o cotidiano da vida de portadores de necessidades especiais através de jogos dramáticos

Andréia Ziegler ¹

Chrystiane Werlang Warken Londero ¹

Evandir Bueno Barasuol ¹

¹ Sociedade Educacional Três de Maio (SETREM)

O artigo é uma reflexão sobre uma prática de estágio em psicologia, tendo como base teórica o psicodrama. Psicodrama pode ser definido como uma via de investigação da alma humana mediante a ação. É um método de pesquisa e intervenção nas relações interpessoais, nos grupos, entre grupos ou de uma pessoa consigo mesma. O objetivo do presente trabalho foi estimular a reflexão sobre assuntos do cotidiano da vida de um grupo de estudantes com necessidades especiais, que frequentam uma escola especial de uma cidade do noroeste do Rio Grande do Sul, e também proporcionar um espaço aos adolescentes onde eles podiam tirar dúvidas através de uma maneira mais criativa, espontânea e divertida, expressarem seus sentimentos e compartilhar suas experiências com as demais pessoas do grupo. Desta forma a metodologia utilizada foi à abordagem sociodramática, através de sessões temáticas, onde os participantes eram instigados a assumir um papel diferente do que eles estavam acostumados e assim deixar emergir seus pensamentos e sentimentos. Segundo Moreno, o papel pode ser como uma pessoa fantasiosa, do imaginário, pode ser também as figuras reais e palpáveis que o eu adota. Constatou-se que essa forma de abordagem sociopsicodramática junto a estudantes com necessidades educacionais especiais, possibilita maior espontaneidade e criatividade dos mesmos em seu cotidiano escolar e também familiar.

Palavras-chave: Psicodrama, Necessidades especiais; Papel



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Estressores vocacionais em uma amostra de estudantes de Psicologia

Alexandre Kurtz dos Santos Sisson de Castro ¹

Marco Antônio Pereira Teixeira ¹

¹ Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)

A universidade é um contexto de desenvolvimento que impõe diversos desafios de adaptação aos estudantes, podendo trazer repercussões importantes para a qualidade de vida dos universitários. Afinal, trata-se de um período de consolidação da identidade para a maioria dos estudantes, bem como de construção de um projeto de futuro. Dificuldades de integração nos âmbitos acadêmico e social podem resultar em sentimentos de desadaptação e baixa autoestima, podendo levar a consequências como evasão de curso. Este estudo teve como objetivo principal identificar os principais fatores estressores vocacionais percebidos por estudantes em um curso de Psicologia, explorando também diferenças entre sexos e associações entre o estresse vocacional manifestado e outras variáveis relacionadas à qualidade da vivência acadêmica, como satisfação com o curso, motivação com o curso, satisfação com a profissão escolhida e desempenho acadêmico. Participaram deste estudo 74 alunos de um curso de Psicologia (26,4% dos matriculados), com idades entre 18 e 52 anos, sendo a maioria mulheres (71,6%). Como instrumentos utilizou-se uma Escala de Estressores Vocacionais, com a adição de 14 itens criados para este estudo, e itens únicos para avaliar as outras variáveis. Entre os resultados principais podem ser destacados: (a) não foram observadas diferenças entre sexos nas variáveis, com exceção da satisfação com a profissão escolhida, onde homens apresentaram maior satisfação; (b) o estresse vocacional total manifestado correlacionou-se negativamente com a satisfação com o curso ($r=-0,65$), com a motivação com o curso ($r=-0,49$) e com a satisfação com a profissão escolhida ($r=-0,28$). Diferentemente de outros estudos, não foram observadas diferenças entre sexos no nível total manifestado de estressores. Chama atenção o resultado no qual os homens demonstraram uma maior satisfação com a profissão, sendo a psicologia uma profissão que, no Brasil, tem uma predominância feminina. Não foi observada correlação significativa entre estresse vocacional total e desempenho, como tem sido apontado em



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

outros estudos. As correlações com a satisfação com o curso, a motivação com o curso e a satisfação com a profissão escolhida demonstram a importância da minimização de situações estressoras para um melhor aproveitamento da qualidade da experiência acadêmica como um todo.

Palavras-chave: Estressores vocacionais; Universitários; Desenvolvimento vocacional





III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Fatores de risco e de proteção na vida de vítimas de abuso sexual na adolescência

Veranice Tatiane Zingler ¹

Jeane Lessinger Borges ¹

¹ Sociedade Educacional Três de Maio (SETREM)

Este trabalho refere-se a uma pesquisa qualitativa que visou a identificar o processo de resiliência em meninas adolescentes que passaram por um ou mais episódios de abuso sexual em suas trajetórias de vida. Desta forma, o presente trabalho foi embasado pelos pressupostos teóricos da Psicologia Positiva e seus estudos sobre Resiliência, bem como pela Teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano. Foram entrevistadas duas meninas adolescentes vítimas de abuso sexual, com idades de 15 e 18 anos, que estavam em atendimento no Centro de Referência Especializado da Assistência Social (CREAS) de um município do interior do Rio Grande do Sul. As adolescentes vivenciaram episódios de abuso sexual (intrafamiliar e extrafamiliar) ao longo da vida. Para elaboração desta pesquisa foi seguida a Resolução 196 do Conselho Nacional de Saúde, sendo que o projeto foi submetido ao Comitê de Ética da UNIJUÍ, o qual foi aprovado. Os dados das entrevistas foram analisados através da Análise de Conteúdo. Foram construídas duas categorias temáticas a partir das verbalizações das adolescentes (Categoria “*Fatores de risco na vida da adolescente*” e Categoria “*Fatores de proteção na vida da adolescente*”). Em relação aos resultados da pesquisa, percebe-se uma presença maior de fatores de risco do que de fatores de proteção no momento atual de vida das adolescentes. Entre os principais fatores de riscos presentes no momento atual de vida das adolescentes estão o uso substâncias (por parte da adolescente, por familiares e pelo grupo de pares), a reação materna negativa, a sobreposição de violência no contexto familiar, os conflitos conjugais e falha na rede de proteção. Além disso, verificou-se uma escassez de fatores de proteção no microssistema familiar, o que pode estar relacionado à dificuldade destas adolescentes em superarem a situação adversa, impedindo a presença do processo de resiliência. Os fatores de proteção observados nos casos investigados englobam autoestima, espiritualidade, apoio materno e rede de apoio social. Torna-se importante ainda apontar que ambas as adolescentes apresentaram alterações comportamentais e psicológicas após a



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

ocorrência do abuso sexual sofrido, incluindo choro frequente, insegurança, fuga de casa, abandono escolar e uso de drogas. Acredita-se que o fortalecimento destes fatores e a inclusão das famílias das adolescentes no atendimento oferecido pelo serviço possam contribuir para um melhor ajustamento psicológico. Sugerem-se pesquisas futuras referentes aos estudos relacionados à resiliência e aos aspectos positivos da vida do ser humano, em vítimas de abuso sexual, uma vez que estes podem apontar como fortalecer os aspectos saudáveis das vítimas, ajudando-as a reconstruírem as suas vidas.

Palavras-chave: Fatores de risco; Fatores de proteção; Abuso sexual; Resiliência





III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

**Fatores de Risco e de Proteção nos Contextos do Desenvolvimento Infantil: Família,
Escola e Programa Social**

Beatriz Regina Pletsch ¹

Jeane Lessinger Borges ¹

¹ Sociedade Educacional Três de Maio (SETREM)

Este trabalho teve como objetivo investigar a presença de fatores de risco e de proteção em diferentes contextos do desenvolvimento humano (família, escola e comunidade) em crianças inseridas num Programa Social, de um município da Região Noroeste do Rio Grande do Sul. Além disso, procurou-se avaliar a autoestima destas crianças. Os pressupostos teóricos da Teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano e da Psicologia Positiva embasaram o estudo. Acredita-se que uma maior compreensão de como interagem os fatores de risco e de proteção pode ser útil para um melhor entendimento do desenvolvimento infantil, sobretudo em situações de vulnerabilidade psicossocial. A pesquisa é composta por dois estudos: o Estudo I investigou o perfil das crianças atendidas no programa, as características sociodemográficas de suas famílias, a presença de fatores de risco e de proteção no contexto familiar e comunitário (na percepção dos pais e/ou cuidadores), a presença de sintomas de depressão e a percepção da autoestima destas crianças. O Estudo II investigou a presença de fatores de risco e de proteção, a partir da visão das crianças, e de como estes podem estar associados com a autoestima. Entre os principais resultados encontrados aponta-se que o diálogo, a confiança, o carinho, o estabelecimento de limites foram considerados fatores de proteção no contexto familiar, enquanto que o vínculo afetivo positivo com amigos, professores e monitores foram apontados como fatores de proteção no contexto escolar e comunitário. Na amostra geral, as crianças apresentaram uma elevada autoestima e ausência de sintomas de depressão. No que se referem aos fatores de risco, conflitos familiares, doença ou morte de um familiar, falta de dinheiro/desemprego, abuso físico, uso de álcool e ausência de um dos cuidadores foram encontrados no contexto familiar. A presença de conflitos na relação professor-aluno, monitor-criança e violência no contexto escolar foram considerados



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

fatores de risco no contexto escolar e comunitário. Acredita-se que os fatores de proteção podem estar associados à elevada autoestima das crianças, bem como estes podem contribuir para um desenvolvimento saudável, direcionando um processo de resiliência, embora haja a presença de fatores de risco. A Psicologia tem como contribuir para um processo de resiliência ou ainda para o desenvolvimento saudável destas crianças quando oferta intervenções voltadas à promoção dos fatores de proteção em cada um destes contextos e possibilita uma maior comunicação entre os três contextos.

Palavras-chave: Desenvolvimento Infantil; Autoestima; Fatores de Risco; Fatores de Proteção





III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

**Fobia social e capacidade de perceber emoções expressas pela face: da
experimentação à intervenção**

Natalia Schopf Frizzo ¹

Jaíne Foletto ¹

Kevin Rolim Mossate ¹

Nathália de Almeida ¹

Sâmara Palazuelos ¹

Bruno Viegas Flores ¹

Dafne Uberti Yamin ¹

Ana Paula Iwohn ¹

Cezar Augusto Vieira Jr. ¹

Silvio José Lemos Vasconcellos ¹

¹ Universidade Federal de Santa Maria (UFSM)

O transtorno de ansiedade denominado fobia social é aquele que envolve características muitas vezes incapacitantes relacionadas às situações de interação com outros indivíduos. Indivíduos com o transtorno apresentam falhas no processamento de informações sociais, havendo, portanto, uma tendenciosidade quanto à avaliação do outro em diferentes situações interpessoais. O presente projeto de pesquisa enfoca a capacidade de indivíduos com fobia social identificarem emoções básicas expressas pela face. Busca-se, a partir do mesmo, obter dados experimentais que possam subsidiar intervenções terapêuticas baseadas no modelo cognitivo-comportamental para indivíduos que apresentam esse transtorno. O objetivo geral da proposta consiste em realizar um estudo experimental avaliando a capacidade de indivíduos com fobia social identificarem emoções básicas expressas pela face. A proposta é dividida em três estudos. O primeiro, transversal controlado, realizará uma comparação entre indivíduos com e sem fobia social referente à capacidade de identificar emoções expressas pela face. Participarão 60 estudantes universitários, sendo 30 do sexo masculino e 30 do sexo feminino. Será aplicado o Inventário de Fobia Social e Ansiedade (SPAI), validado no Brasil e um programa que controla o tempo de exposição das fotos envolvendo expressões faciais de seis emoções



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

básicas. Para análise será usado o Teste-t de Student comparando os dois grupos. No segundo estudo, correlacional, avaliar-se-ão índices de correlação entre sintomas de fobia social e a capacidade de identificar emoções expressas pela face. Participarão seiscentos estudantes universitários, maiores de 18 anos (metade de cada sexo). Será aplicado, também, o SPAI e utilizar-se-á uma sequência de fotos em nível crescente de expressividade emocional para sete emoções básicas (medo, tristeza, alegria, raiva, repugnância, surpresa e desprezo). Empregar-se-á o índice de correlação de Sperman, correlacionando escores no SPAI e número de fotos expostas até o indivíduo perceber os primeiros sinais relacionados às emoções negativas. No terceiro estudo, longitudinal, realizar-se-á um trabalho de grupoterapia focal (por três meses) com indivíduos que apresentam fobia social. Participarão, pois, quinze universitários, maiores de dezoito anos, com pontuações altas no SPAI que desejam tratar sintomas da fobia social. Para tanto, o SPAI será novamente aplicado. Será usado o Teste-t de Student para amostra única comparando escores no SPAI pré e pós tratamento.

Palavras-chave: Fobia social; Expressões faciais; Avaliação



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Grupo de tratamento baseado no Modelo Transteórico de Mudança para usuários de crack

Viviane Samoel Rodrigues ¹

Karen P. Del Rio Szupszynski ²

Márcia Cristina Henrique de Souza ²

Dhiordan Cardoso da Silva ²

Letícia Arruda Rodrigues ²

Margareth da Silva Oliveira ²

¹ UNIVATES-Brasil

² Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS)

Entre os modelos estudados para mudança de comportamentos, a contribuição mais importante, na atualidade, é representada pelo “Modelo Transteórico de Mudança de Comportamento”(MTT). Este modelo está fundamentado na premissa de que a mudança comportamental acontece ao longo de um processo, no qual as pessoas passam por diferentes níveis de motivação para mudança. O Modelo tem sido utilizado no tratamento para diferentes comportamentos-problema tais como dependência química, transtornos alimentares e síndrome metabólica. Os objetivos do trabalho são: (1) Realizar a tradução e adaptação do Manual de terapia intitulado “*Group Treatment for Substance Abuse: A Stages-of-Change Therapy Manual*”, elaborado em 2001 por Velasquez, Maurer, Crouch e DiClemente, para mudança do comportamento problema de uso de substâncias psicoativas ilícitas; (2) Verificar a efetividade do tratamento adaptado à realidade brasileira de usuários de substâncias psicoativas, para tratamento em regime de internação e ambulatorial. O estudo será um ensaio clínico randomizado. A amostra será composta de 180 sujeitos (90 no grupo experimental e 90 grupo controle). Os instrumentos utilizados serão: o Questionário sócio-econômico semi-estruturado; ASR (*Adult Self Report*); Screening Cognitivo do WAIS III (subtestes Vocabulário, Cubos, Dígitos e Códigos); Teste Wisconsin de Classificação de Cartas; Figuras complexas de Rey; URICA (*University of Rhode Island Change Assesment Scale*); Escala de Auto-eficácia para Abstinência de Drogas; Escala de Situações Tentadoras para Uso de Drogas; BHS -



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Inventário de Desesperança de Beck; Escala de Processos de Mudança. Escala da Balança Decisional; Exame Toxicológico (saliva, urina e cabelo). Inicialmente, o tratamento foi adaptado a população a partir do manual americano e foram criadas 8 sessões com o objetivo de trabalhar os 10 processos de mudança apontados pelo Modelo Transteórico. As intervenções terão frequência de 1 a 3 vezes por semana e duração de uma hora. Considera-se que a tradução do manual para o português e sua adaptação para a realidade brasileira de usuários de drogas, foi satisfatória. Os pacientes estão sendo recrutados, o processo de avaliação inicial e randomização já está em fase inicial e a equipe de pesquisa já passou por uma série de treinamentos, para início das intervenções. Alguns dados parciais já foram obtidos a partir de estudos piloto pôde-se concluir que 45% dos pacientes que receberam a intervenção do MTT estavam em abstinência após 3 meses, enquanto no grupo controle apenas 20% ainda permanecia abstinente.

Palavras-chave: Tratamento; Modelo transteórico; Usuários de crack



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

HIV/Aids: Uma demanda intersetorial e transversal

Verônica Bem dos Santos ¹

Adriane Roso ¹

¹ Universidade Federal de Santa Maria (UFSM)

Tradicionalmente a questão da Aids tem sido relacionada diretamente com o setor saúde. Para atender a demanda proveniente dessa síndrome, foram criados serviços especializados, tais como os serviços ambulatoriais em HIV/Aids. Todavia, essas demandas poderiam ser atendidas com maior resolutividade se os princípios da intersectorialidade e transversalidade fossem contemplados pelos diferentes serviços públicos. Pretendemos, nesse trabalho, evidenciar a pertinente necessidade de fortalecer a atuação intersectorial e transversal nas ações de promoção de saúde e cuidado às pessoas que vivem com HIV/Aids, realçando, mais especificamente, a importância de considerar o setor Assistência Social (AS) na formulação e execução de políticas públicas voltadas a esse público. Como método, apresentamos uma revisão não sistemática de documentos de domínio público (artigos científicos e políticas públicas) aliada a aspectos da prática profissional em um Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) localizado em uma cidade no interior do estado do Rio Grande do Sul. Analisando as produções bibliográficas e as políticas públicas direcionadas a essa temática, constatamos que a maioria se refere ao setor saúde como campo de ação para tratamento de HIV/Aids. Enfim, concluímos que tanto a intersectorialidade como a transversalidade representam um desafio a ser enfrentado.

Palavras-chave: Psicologia Social; HIV/Aids; Intersectorialidade e Transversalidade



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Idealizando a saúde mental em pacientes com Câncer através da AAPECAN

Gisele Aparecida Barin Facin ¹

Adriane Elizabete Oliveira Alves ¹

Paula Aparecida Difante Marafiga ¹

Fernanda Bellé Barichello ¹

¹ Faculdade Integrada de Santa Maria (FISMA)

O Estágio de Observação na área da Psicologia da Saúde foi realizado na AAPECAN (Associação de Apoio a Pessoas com Câncer). Esta é uma associação civil, de direito privado, sem fins lucrativos, legalizada de acordo com a lei federal nº9790/99, com sede em Caxias do Sul. O espaço em Santa Maria, onde a prática foi realizada, foi fundado em junho de 2006 e está localizado na Rua Antonio Lozza nº 46. O presente trabalho visa apresentar algumas características do espaço e de um Grupo Terapêutico, o qual teve o objetivo de apoio psicológico e suporte aos usuários e suas famílias. O estágio na área da Psicologia da Saúde tem como objetivo conhecer e identificar aspectos psicológicos que contribuem para a qualidade da saúde dos usuários dos serviços. No caso da AAPECAN, os usuários são pessoas que estão com câncer ou já tiveram a doença. No trabalho em grupo com pessoas com câncer, uma doença de difícil manejo, observa-se que o(a) psicólogo(a) consegue administrar a dinâmica do grupo acolhendo e instigando os participantes a pensar juntos seus anseios e problemas de acordo com o plano de ação da AAPECAN. Este que tem como objetivo atender pessoas com câncer para melhorar a qualidade de vida, fornecendo assistência e apoio psicológico ao paciente, bem como ajuda financeira as usuários carentes, assim como orientar o paciente a usufruir dos recursos existentes e seus direitos viabilizando benefícios da previdência social e inserindo o paciente na sociedade. De acordo com os dados coletados, a AAPECAN de Santa Maria, atendeu até março do ano de 2011, 310 famílias. Apesar deste número ser expressivo, sabe-se que esta demanda pode ser potencializada na medida em que todos os envolvidos – profissionais do espaço, usuários do serviço, entidades apoiadoras e sociedade em geral –



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

ampliem o seu conhecimento sobre o funcionamento do serviço, assim como, à prática da psicóloga lá inserida. Ao olhar para o exercício da profissão do(a) psicólogo(a) voltado à área da saúde adentramos à oportunidade de não apenas observar os sujeitos, mas também as suas produções nos grupos. Na medida em que este espaço se torna visível, acredita-se no aumento da demanda pelo serviço da AAPECAN e no exercício de práticas qualitativas, conforme a sua proposta.

Palavras-chave: Apoio psicológico; Câncer





III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Identificando emoções: um estudo de validação convergente

Ana Paula Iwohn¹

Felipe C. Argolo²

Natalia S. Frizzo¹

Dafne Uberti Yamin¹

Jaíne Foletto¹

Kevin Rolim Mossate¹

Nathália de Almeida¹

Sâmara Palazuelos¹

Bruno Viegas Flores¹

Cezar Augusto Vieira Jr¹

Silvio José Lemos Vasconcellos¹

¹ Universidade Federal de Santa Maria (UFSM)

² Universidade Federal da Bahia (UFBA)

O reconhecimento da expressão de emoções por intermédio da face é um dos instrumentos constituintes básicos para a comunicação não-verbal. Deficiências nesse aspecto estão correlacionadas a problemas no processamento emocional. Observa-se, nas últimas décadas, um crescimento na literatura sobre déficits na percepção de emoções em diversos grupos de pacientes, incluindo portadores de transtornos psicóticos e de humor. Diferentes achados indicam que o baixo desempenho no reconhecimento de emoções pela face pode ser um dos fatores por trás das dificuldades de adaptação social em indivíduos com depressão, apontando, nesses pacientes, uma tendência para identificar mais emoções negativas. Apesar do volume extenso de pesquisas dentro do tema de expressão de emoções e da constatação de que deficiências desse tipo parecem contribuir para a manifestação de alguns transtornos, existem poucas ferramentas validadas para testar a habilidade individual no reconhecimento de emoções. O estudo previsto neste projeto objetiva a validação convergente de dois instrumentos para a avaliação da habilidade de reconhecer emoções. Realizar-se-á a validação convergente entre dois *softwares* destinados



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

à avaliação da capacidade de reconhecer emoções através de expressões faciais. Estes são o ERI - *Emotion Recognition Index* e outro *software* para avaliar a capacidade de identificar emoções expressas pela face que já foi desenvolvido e validado pelo grupo de pesquisa. Para o estudo de validação serão selecionados 120 estudantes universitários, sendo 60 do sexo masculino e 60 do sexo feminino. A coleta será em caráter multicêntrico (Universidade Federal da Bahia-BA e Universidade Federal de Santa Maria-RS). A análise dos dados será feita a partir dos índices de correlação de Pearson.

Palavras-chave: Emoções; Expressões faciais; Comunicação não-verbal





**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Idosos e atuação da Psicogerontologia: relato de experiência

Rudimar de Lurdes Louzada ¹

Vera Brandão ¹

Sonia Arns ¹

¹ Faculdade Integrada de Santa Maria (FISMA)

Atualmente, no Brasil e no mundo, tem aumentado de forma progressiva, o número de pessoas idosas. Em nosso país, esse número tem obtido uma rápida elevação, passando de 4,2% para 7,1% nos últimos anos. Neste contexto, o presente trabalho tem por objetivo relatar uma experiência de estágio do curso de Psicologia da Faculdade Integrada de Santa Maria/FISMA, realizado em um lar de idosos, na cidade de Santa Maria. Idoso, segundo a Organização Mundial de Saúde – OMS (2004) é o indivíduo acima de 65 anos, que vive em países desenvolvidos, ou acima de 60 anos, vivendo em um país em desenvolvimento. O estágio clínico, na referida faculdade, tem como proposta capacitar o aluno a realizar intervenções psicológicas no contexto da clínica. Para esta análise, recorreu-se a própria vivência como estagiária no lar das vovozinhas na cidade supracitada. O relato está baseado na observação das condutas e nas falas dos idosos a respeito da solidão e depressão que os acomete. São discutidos os aspectos psicológicos envolvidos no processo de envelhecimento, as limitações e dificuldades desta fase do ciclo vital, assim como o afastamento por parte dos seus familiares. A gerontologia, como ciência que se propõe a estudar as particularidades do envelhecimento, tem contribuído para o melhor entendimento desse processo bem como dos determinantes biopsicossociais. Seu caráter científico multi e interdisciplinar, se constitui em um elo de ligação entre diferentes disciplinas, mas tem como objetivo comum o estudo dos múltiplos aspectos do fenômeno do envelhecimento. Concluímos que a intervenção do estagiário como agente facilitador do processo de verbalização dos sentimentos, auxilia na contribuição da aquisição de uma velhice mais saudável.

Palavras-chave: Envelhecimento, Idoso, Depressão, Gerontologia



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Intervenção Clínica no Banco da Esperança na Cidade de Santa Maria, RS: Relato de Experiência

Débora Caiaffo Ambros ¹

Belinda Silva Pereira ¹

Marinelza dos Santos Moraes ²

¹ Universidade Federal de Santa Maria (UFSM)

² Universidade Luterana do Brasil (ULBRA)

O Banco da Esperança é uma entidade caridosa de assistência social, sem fins lucrativos que está vinculado a Mitra Diocesana da cidade de Santa Maria, Estado do Rio Grande do Sul. A instituição realiza atividades sociais, educativas, culturais e assistenciais, visando uma sociedade solidária e justa para pessoas mais carentes e que necessitam de atendimentos por ela oferecidos. O presente estudo buscou compreender como a intervenção da psicologia é vista e aceita no referido local, que oportuniza aos estagiários trabalhar com diferentes faixas etárias, tanto em atendimentos individuais quanto em grupo, contando com supervisão local e possibilitando trocas de experiências entre os estagiários. Trata-se de um estudo que tem por base os fundamentos teóricos e práticos na abordagem analítica. Os atendimentos envolvem problemas na escola decorrentes de relações familiares, casos de perdas afetivas, problemas conjugais, cujas sessões são individuais. O trabalho até agora realizado, no qual há um bom índice de continuidade nas sessões, aliado ao depoimento de pacientes, possibilitou verificar que há aceitação e confiança pelo público, bem como das religiosas que dividem o local simultaneamente com a equipe de psicólogos, demonstrando assim uma boa interface. Até o momento, a intervenção possibilitou que os pacientes repensassem suas vidas e suas emoções, em direção a um maior equilíbrio pessoal, para que estes consigam realizar seus projetos para alcançar uma melhor qualidade de vida.

Palavras-chave: Banco da Esperança; Intervenção Clínica; Relato de Experiência



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Intervenções da Psicologia no contexto da doença cardíaca

Ana Paula Knackfuss Freitas Silveira ¹

Janice Alves Veleda ¹

Camila dos Santos Gonçalves ¹

¹ Centro Universitário Franciscano (UNIFRA)

O órgão coração é carregado de simbolismo e significados subjetivos, frequentemente associados à fonte de vida e sede das emoções. Fantasias e crendices populares sobre a doença e também sobre possíveis procedimentos são muitas, e podem interferir com bastante intensidade na maneira com que os pacientes as enfrentam, sendo a cardiopatia comumente associada com ansiedades relacionadas à morte. Em torno da ansiedade dessa natureza, se organizam defesas intensas para manter o equilíbrio psíquico do indivíduo. Do ponto de vista psicológico, adoecer é uma situação inesperada para a qual não estamos preparados. O indivíduo precisa adaptar-se às várias mudanças, pois a internação pode contribuir com o sentimento de ruptura com a rotina e com a perda de autonomia do paciente. Pode ainda gerar uma série de sentimentos de desconforto, associados ao processo de despersonalização, muito comum no ambiente hospitalar. O presente trabalho justifica-se pela necessidade de intervenções que auxiliem tanto o sujeito quanto a família para lidar com a doença cardíaca e os posteriores cuidados, como a reformulação de hábitos e estilo de vida. Neste sentido, tem como objetivo abordar as diferentes possibilidades de intervenção do profissional ou equipe de Psicologia junto ao paciente cardíaco e sua família. Segundo Irwin, a intervenção em pacientes cardiopatas deve ser baseada no somatório das atividades necessárias para garantir as melhores condições físicas, mentais e sociais de modo que os sujeitos possam, com seus próprios esforços, recuperar uma posição normal na comunidade e levar uma vida normal e produtiva. Sendo assim, as intervenções da Psicologia, devem ser baseadas no acompanhamento durante o processo da doença, e posteriormente no resgate da autonomia do sujeito, onde este, ao ser reabilitado, terá juntamente com o apoio familiar e de seu meio social, o aparato necessário para dar continuidade às mudanças que terá que enfrentar.



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Palavras-chave: Intervenção da Psicologia; Pacientes cardíacos; Cardiopatia





III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Justiça restaurativa: uma revisão sistemática de literatura

Marina Bulegon Pilecco ¹

Iara da Silva Ferrão ¹

Cristiane Rosa dos Santos ¹

Jana Gonçalves Zappe ²

Ana Cristina Garcia Dias ¹

¹ Universidade Federal de Santa Maria (UFSM)

² Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)

Este trabalho apresenta um levantamento bibliográfico a respeito da Justiça Restaurativa, que se constitui como um novo modelo de justiça e de práticas no contexto jurídico. O desenvolvimento do modelo da Justiça Restaurativa ainda é considerado recente, assim a produção científica a este respeito é igualmente recente e relativamente incipiente, de modo que uma revisão dos estudos publicados mostra-se necessária para sistematizar o conhecimento recentemente produzido. Objetivando investigar a produção bibliográfica sobre o tema, consultamos dois materiais produzidos pelo Ministério da Justiça intitulados *Justiça Restaurativa: Coletânea de Artigos* e *Justiça Juvenil Restaurativa na Comunidade: Uma experiência possível* e alguns artigos disponíveis na base de dados SCIELO em uma busca não sistemática da literatura. Foi possível identificar na literatura consultada a existência de uma ênfase nos seguintes aspectos: origens e definições do modelo, diferenciação entre a justiça restaurativa e a justiça retributiva, descrições das práticas restaurativas e aplicações e limitações do modelo restaurativo. De modo geral, entende-se Justiça Restaurativa como um processo em que as partes envolvidas em uma situação de conflito reúnem-se para encontrar coletivamente soluções ou formas de lidar com as consequências e implicações atuais e futuras desse ato para os diferentes sujeitos envolvidos ou afetados. As práticas restaurativas seguem um método específico baseado em valores que guiam os procedimentos, e podem ser desenvolvidas em diferentes contextos. Ainda não há consenso sobre a aplicabilidade deste modelo, no sentido de constituir-se como substitutivo ou alternativo ao atual modelo de justiça. A literatura



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

consultada permite identificar claramente o caráter de um modelo em construção, daí a ênfase nas origens, definições, aplicabilidade e diferenciação com outros modelos. É possível visualizar uma relação entre o modelo restaurativo e a psicologia, pois tanto o entendimento dos casos quanto a intervenção propõem a interdisciplinaridade. Além disso, alguns conteúdos desenvolvidos pela psicologia são altamente valorizados, tais como desenvolvimento, grupos e psicologia social. Por fim, sugere-se que mais trabalhos sejam produzidos a respeito desta temática, e argumenta-se em favor da realização de uma revisão sistemática da literatura existente, com vistas a oferecer uma visão mais precisa da produção científica a respeito da Justiça Restaurativa.

Palavras-chave: Justiça Restaurativa; Prática Restaurativa; Mediação de Conflito





III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Mãe-Medusa: Notas sobre a constituição de Sujeito

Francielle Soldati Duarte ¹

Luís Henrique R. Pereira ¹

¹ Universidade Luterana do Brasil (ULBRA - Santa Maria)

Este trabalho justifica-se pelo mapeamento conceitual que aponta para a relevância desse significante primordial (Outro primordial – mãe) na constituição subjetiva do bebê, sendo ele o manuscrito das insígnias, letras e traços produzidos pelo Outro delimitando um corpo pulsional, gozoso e linguageiro. Sendo assim, o trabalho tem como objetivo compreender o lugar de inscrição significante, que ocupa a mãe, na constituição subjetiva de seu filho como sujeito de desejo do Outro e dito pelo Outro. O presente estudo consiste em uma pesquisa bibliográfica. Esta foi desenvolvida a partir de material já elaborado, principalmente livros e artigos científicos. O que pôde ser observado é que a função materna é a primeira função estruturante para a criança, pois faz com que ela adquira uma primeira e rudimentar estruturação do “eu”, sustentada na identificação. Este processo é denominado por Lacan de Estádio do Espelho [2]. É através de um conjunto de marcas materiais e simbólicas (significantes) introduzidos pelo Outro materno, que ocorre no corpo do bebê um ato de resposta denominado sujeito [1]. O olhar materno, ou de quem esteja neste lugar do Outro, vai nos dizer quem somos, nos nomear. Para uma melhor compreensão destas ideias, foi feita uma relação do que foi apresentado com o Mito de Medusa, a qual transformava em pedra quem se atrevesse a olhá-la, ou seja, seu olhar era capaz de tirar a vida, o movimento. Portanto, como não podem olhar para esta mãe nem serem olhados por ela, os filhos de Medusa são privados de um investimento que lhes possibilite a entrada no campo do desejo do outro [3]. Para que o ser humano possa advir como sujeito é fundamental o exercício da função materna. Através do toque, do olhar, da fala, a mãe vai emprestando significantes ao choro, aos gestos e movimentos da criança. É assim que a criança irá assumindo uma imagem de si mesma. Desta forma, como o mito tem a função de representar algo que é do coletivo, o mito de Medusa foi útil para refletir sobre a importância do olhar da mãe para a constituição do sujeito, possibilitando um



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

comparativo entre a “Mãe Medusa”, que não olha, não investe, não nomeia seu filho, com a mãe que é capaz de exercer estas funções e, com isso, possibilitar o processo de subjetivação da criança.

Palavras-chave: Mãe; Olhar; Sujeito





III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Modelo transteórico e mudança de estilo de vida: resultados preliminares de uma intervenção

Martha Wallig Brusius Ludwig ¹

Nathália Susin ¹

Raquel Melo Boff ¹

Margareth da Silva Oliveira ¹

¹ Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS)

A modificação do estilo de vida configura a primeira e mais importante medida a ser tomada, contemplando a realização de um plano alimentar para reduzir peso e a prática de exercício físico. Considerando que a mudança do estilo de vida é multifatorial, a motivação para mudar constitui um fator fundamental para o tratamento, sendo o Modelo Transteórico de Mudança de comportamento (MTT) uma alternativa de intervenção junto a estes pacientes. Assim, a presente pesquisa teve como foco trabalhar a motivação para mudança do estilo de vida por meio de uma intervenção baseada no MTT, parceria das faculdades de Psicologia, Fisioterapia, Nutrição, Enfermagem e Farmácia da PUCRS. Os pacientes que preencheram critérios para a SM foram randomizados em duas modalidades de intervenção: Individual (n=8) e Grupal (n=11) e avaliados antes e depois com os seguintes instrumentos: Entrevista estruturada; Régua de prontidão. A amostra foi composta 11 mulheres e 9 homens, com idade média de 50,78 anos (DP = 7,39). Quanto ao estilo de vida na avaliação inicial, 89,5% não fumavam, 73,7% não estavam realizando exercício físico e 73,7% avaliaram que a alimentação necessitava modificações e 68,4% consideraram a dieta o comportamento mais difícil de mudar. No entanto, 63,2% apontaram como maior objetivo no programa a realização de exercício físico. Quanto à motivação para caminhar pelo menos 30 minutos, a maior parte dos voluntários da IG (54,5%) e da II (87,5%) não estava motivada no início do programa para este comportamento. Somente na intervenção individual houve diferenças significativas entre as duas medidas nas seguintes variáveis: motivação para realizar pelo menos 30 minutos de atividade física; motivação para fazer exercício aeróbico, 3 a 5 vezes por semana, com

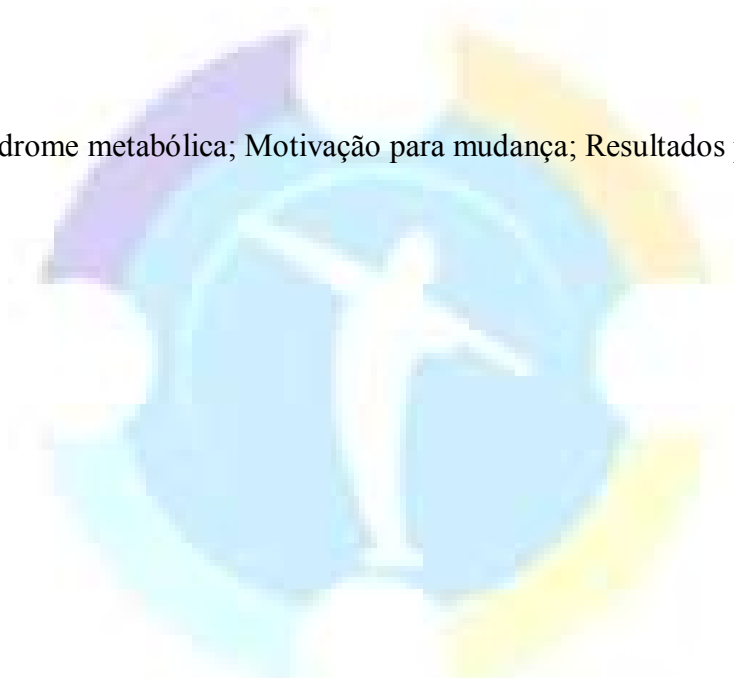


**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

duração de 30 a 60 minutos; motivação para reduzir o consumo de frituras; motivação para reduzir o consumo de gorduras trans; motivação para aumentar a ingestão de verduras e legumes; motivação para aumentar a ingestão de cereais. Os resultados demonstram que pacientes do II iniciaram com motivação menor para realizar pelo menos 30 minutos de atividade física de forma contínua ou acumulada, na maioria dos dias da semana, e finalizaram o programa com maior motivação do que o IG. Pesquisas relacionadas ao tratamento da SM são relevantes, visto que as doenças cardiovasculares são a principal causa de morte no Brasil. No entanto, é importante considerar que os resultados encontrados não são definitivos, visto que se trata de um estudo piloto de uma pesquisa em andamento.

Palavras-chave: Síndrome metabólica; Motivação para mudança; Resultados preliminares





III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Mulheres e o vírus HIV: combatendo desigualdades de gênero e a violência contra as mulheres

Bruna von Mühlen ¹

Diego Dewes ¹

Marilia Saldanha ¹

Patricia Fasolo Romani ¹

Andressa Botton ¹

Marlene Strey ¹

¹ Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS)

Este estudo teve como motivação a constatação de que mulheres se constituem em quase metade das pessoas infectadas pelo vírus HIV no mundo e o grupo de contaminação que vem ascendendo de forma mais rápida. Sabendo que a transmissão do HIV através de relação sexual entre homens e mulheres é o principal meio de contaminação dessa doença no Brasil, procuramos investigar possíveis maneiras de prevenir que esta realidade se perpetue, além de compreender o contexto cultural em que acontece. Foi realizada uma revisão sistemática e crítica com posterior elaboração teórica sobre a temática abordada. Identificamos que vivemos em uma sociedade com valores patriarcais que coloca a mulher em cativeiros. Além de haver mecanismos de opressão para que os homens possam controlar as mulheres, acarretando no não uso de preservativo, e conseqüente contaminação pelo vírus HIV, podendo evoluir para AIDS se o tratamento não for aderido próximo à perfeição, e até a morte. A partir da teoria desenvolvida por Burlae – *Teoria do Espaço Consciente* – foi possível identificar a necessidade das mulheres apropriarem-se de seus corpos, impondo limites, criando fronteiras de autodefesa para evitar contaminações, no caso do vírus HIV. Também identificamos que para o enfrentamento da violência há necessidade de medidas para que haja o “empoderamento” das mulheres, implicando no reconhecimento das restrições sociais que a categoria mulher está submetida e da necessidade de reversão dessa situação, por meio de câmbios em um contexto público, com



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

a inserção em cargos de poder e decisão; e também em contextos mais específicos, individuais, como o aumento da autonomia.

Palavras-chave: Mulheres; HIV; Prevenção dos Corpos Femininos





III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

O *faz de conta* transformando vivências com crianças em creches – reflexões sobre os jogos sociopsicodramáticos na Educação Infantil

Fabiani S. Kaciava ¹

Bruna Meller ¹

Rudiane A. Redel ¹

Oriana H. Hadler ¹

¹ Sociedade Educacional Três de Maio (SETREM)

A presente pesquisa objetivou acompanhar as transformações que a brincadeira do *faz de conta* proporcionam no desenvolvimento infantil. Tal trabalho foi desenvolvido com grupos de crianças cuja faixa etária transcorria de 3 a 5 anos de idade, sendo realizado em duas Escolas Municipais de Educação Infantil (EMEI) no Município de Três de Maio da Região Noroeste do Rio Grande do Sul. Compreendendo que, para as crianças desenvolverem formas saudáveis de se relacionarem tanto sob o ponto de vista da aprendizagem como também nos aspectos psicológicos, é necessário um trabalho que venha insurgir as potencialidades dos indivíduos desde a infância, buscou-se possibilitar um espaço de liberdade onde o brincar e a espontaneidade pudessem emergir. O *faz de conta* é de suma importância, pois é através da brincadeira que a criança passa a viver e experimentar outras formas de ser ao interpretar outros personagens, criando e recriando seus espaços, seus cenários, dando vida e função aos objetos. Neste ato de brincar, ela interpreta a experiência que vive em seu meio com os seus valores e crenças já incorporados, reproduzindo e construindo sua própria versão sobre os padrões sociais que lhes são transmitidos pelas pessoas com quem convive. Tal proposta de ação teve como eixo norteador a filosofia moreniana, trazendo-a para a prática lúdica no campo da educação infantil. Nesses termos, utilizou-se a noção de Sociopsicodrama de Moreno como ancoragem teórico-prática, uma vez que este referencial considera como protagonista o próprio grupo que está sendo trabalhado, sendo o processo terapêutico desenvolvido através de jogos dramáticos e brincadeiras. Neste sentido, ao fazer uso do palco



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

sociopsicodramático do *faz de conta* como metodologia de intervenção, o processo grupal constitui um espaço para a transformação de vicissitudes adaptativas (dificuldades de aprendizagem, conflitos relacionais, comportamentos destoantes etc.) de forma lúdica e criativa. Desse modo, a brincadeira pode ser encarada como um compromisso, no qual a criança que ali atua aprende diferentes formas de reagir a situações estressoras no mundo inventivo. Como principal resultado deste trabalho foi possível observar mudanças nos aspectos sócio-relacionais das crianças, bem como a transformação simbólica de objetos e situações, que ocorreram naturalmente através do *faz de conta*.

Palavras-chave: Educação Infantil; Sociopsicodrama; Faz de conta





III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Percepções de profissionais autônomos sobre a transição para a aposentadoria

Ana Paula Couto Zoltowski ¹

Marco Antônio Pereira Teixeira ¹

¹ Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)

A aposentadoria é uma transição de carreira importante, sendo vivenciada por cada vez mais pessoas à medida que a expectativa de vida aumenta. A transição para a aposentadoria pode trazer repercussões para a saúde psicológica do indivíduo, visto que demanda adaptação a uma nova configuração de vida. Os trabalhadores autônomos, por construírem um ambiente de trabalho flexível e menos estruturado socialmente, tendem a experimentar a aposentadoria de um modo diferente que os assalariados. Dessa forma, o objetivo desse estudo foi investigar qualitativamente a percepção de profissionais autônomos sobre sua experiência de transição para a aposentadoria. Participaram do estudo dez profissionais autônomos aposentados, com idades entre 60 e 91 anos. As profissões dos participantes variaram entre farmacêutica, psicóloga, costureira e doceira, dentre outras, sendo que nenhum deles parou de trabalhar em função da aposentadoria. O instrumento utilizado foi uma entrevista semi-estruturada, sendo analisada através do processo de fenomenologia empírica, seguindo as etapas de descrição, redução e interpretação. Dentro do tema “aposentadoria”, foram identificadas três categorias descritivas: 1) recebendo um benefício (aspecto financeiro da aposentadoria pelo aumento mensal da renda); 2) não sendo uma pessoa parada (desejo de se manter trabalhando e produzindo socialmente); 3) pertencendo a um grupo (percepção de fazer parte de um novo grupo social, o grupo dos aposentados). Os resultados apontam que a aposentadoria foi percebida através de sua dimensão econômica e de funcionalidade social. O desejo de manter o vínculo com o trabalho associou-se ao objetivo de se manter produtivo e útil para a sociedade, ao mesmo tempo em que se fez presente o sentimento de reconhecimento como integrante de um grupo social maior, que possui direitos sociais diferenciados. Nesse sentido, a transição para a aposentadoria não significa necessariamente um desligamento do trabalho. Uma vez que podem controlar o ritmo e o momento de parar de trabalhar, os



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

autônomos podem adotar uma transição gradual do trabalho para o não-trabalho. Destaca-se a necessidade de se construir possibilidades de carreira no pós-trabalho, envolvendo intervenções voltadas a um maior engajamento do aposentado com os demais papéis sociais, a fim de que se promova maior saúde e qualidade de vida a partir de novos sentidos do viver na aposentadoria.

Palavras-chave: Aposentadoria; Profissionais autônomos; Transição de carreira





III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Planos para o futuro de adolescentes gestantes e não gestantes¹

Clarissa Tochetto de Oliveira ¹

Márcia Elisa Jager ¹

Ana Cristina Garcia Dias ¹

¹ Universidade Federal de Santa Maria (UFSM)

O presente estudo buscou conhecer quais são os projetos futuros de jovens com experiência e sem experiência de gestação na adolescência, identificando possíveis semelhanças e diferenças entre os mesmos. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com 19 adolescentes do interior de uma cidade do Rio Grande do Sul. As informações coletadas foram submetidas à análise de conteúdo temática, sendo organizadas em quatro categorias: planos para o futuro, dificuldades para a realização dos planos futuros, apoio para realização dos planos futuros, mudança de planos futuros em função da gestação. Os resultados apontaram semelhanças dos projetos de vida dos dois grupos quando relacionados à educação, à profissionalização e à formação familiar, embora o acontecimento destes eventos seja planejado em momentos de vida distintos nos dois grupos. A gravidez parece antecipar alguns planos em função de sua ocorrência. As percepções sobre possíveis dificuldades e o apoio esperado para a realização dos planos futuros foram diferentes entre os grupos de gestantes e não gestantes. As adolescentes gestantes demonstraram preocupações sobre os cuidados dos filhos em períodos que precisassem estudar ou trabalhar, contando com o apoio da família e do pai da criança para essa tarefa. No grupo de adolescentes não gestantes, as preocupações resumiram-se a aspectos relacionados à inserção no mercado de trabalho e a expectativa de apoio financeiro e afetivo para efetivação dos estudos. Conclui-se que a gravidez na adolescência interfere nos planos para o futuro das jovens sem, contudo, alterá-los.

Palavras-chave: Gestação; Adolescência; Futuro

¹ Este trabalho traz resultados do Projeto de Pesquisa “Representações de maternidade e casamento em jovens adolescentes com experiência e sem experiência de gestação”, o mesmo conta com financiamento da Fundação de Amparo à Pesquisa do Rio Grande do Sul (processo 1014932) e com a bolsa de Iniciação Científica FIPE Sênior UFSM.



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Programa Social: Fortalecendo a Autoestima das Crianças

Beatriz Regina Pletsch ¹

Jeane Lessinger Borges ¹

¹ Sociedade Educacional Três de Maio (SETREM)

Este trabalho objetiva descrever um relato de experiência do Estágio Específico em Psicologia, com ênfase em Promoção de Saúde, realizada com crianças num Programa Social de um município da Região Noroeste - RS. As atividades realizadas incluem ações voltadas à promoção de saúde. Os pressupostos teóricos da Teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano e da Psicologia Positiva embasaram as atividades. A autoestima é considerada como um conjunto de sentimentos e pensamentos de aprovação a si próprio, bem como de competência, refletindo uma atitude positiva ou negativa de si mesmo. Estudos têm apontado que uma autoestima positiva é um dos fatores de proteção individuais contribuintes ao processo de resiliência. Nesse sentido, busca-se relatar as experiências na realização de uma Oficina de Fortalecimento da Autoestima, com 13 crianças. Foram realizadas duas oficinas, com nove encontros cada, frequência semanal e duração de uma hora. Os tópicos trabalhados foram: Quais são os meus sentimentos? Quais são as minhas qualidades? O que é autoestima? Como conviver com crianças diferentes de mim? A partir destas questões, cada participante construiu um livro sobre sua percepção em relação a si mesmo, o qual foi entregue às crianças no último encontro. O material emergido da construção destes livrinhos, bem como dos relatos e das produções ao longo das oficinas, foi analisado qualitativamente. Percebeu-se que as crianças apresentaram boa autoestima, uma vez que se descreveram como tendo muitas qualidades, por exemplo: se vêem como “crianças bonitas”, “alegres”, “espertas”, “criativas”, “estudiosas”, “companheiras”, que “sabem jogar bem futebol”, que são “bons na informática”, “boas em matemática” e “bons filhos”. Além disso, pôde-se observar uma associação entre a autoestima das crianças e o contexto familiar, uma vez que a presença de elogios dos pais faz com que a criança se sinta mais confiante consigo mesma. Todavia, também foram relatadas situações de risco que estas vivenciaram dentro do contexto familiar, incluindo a exposição à conflitos conjugais, ao alcoolismo por um dos cuidadores



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

e à ausência de um dos pais. Desta forma, observou-se a presença tanto de fatores de risco quanto de proteção na família de origem. Ao se propor um trabalho voltado ao fortalecimento da autoestima, buscou-se focar um dos fatores de proteção do indivíduo, os quais podem ser considerados fatores mediadores do impacto dos fatores de risco no desenvolvimento infantil.

Palavras-chave: Autoestima; Teoria bioecológica do desenvolvimento humano; Psicologia positiva





**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Psicodinâmica do trabalho: implicações para a profissão da Enfermagem

Fabricio Alberto Lamb ¹

¹ Universidade Federal de Santa Maria (UFSM)

O objeto de estudo da psicodinâmica do trabalho está nas relações entre a organização do trabalho e os processos de subjetivação. Estes processos são os que atribuem sentido ao trabalho, através dos modos de pensar, sentir e agir (individuais e coletivos) do trabalhador, que se manifestam na relação de prazer e sofrimento no trabalho, transformando-o em salutar ou em fonte de adoecimento. Este estudo tem por objetivo discutir, a partir da psicodinâmica do trabalho (Dejours), como o sofrimento, e seu caráter subjetivo, são vivenciados na profissão da enfermagem. Faz-se importante investigar e aprofundar esta discussão para melhor compreensão do tema e desenvolvimento de competências para lidar com o sofrimento presente na prática assistencial da enfermagem. Este estudo trata-se de uma análise crítica reflexiva da profissão da enfermagem e teve como base a produção teórica da psicodinâmica do trabalho, abordagem científica desenvolvida por Christophe Dejours. Entre as aproximações realizadas, pode-se perceber na enfermagem que o reconhecimento profissional, muitas vezes, dá-se pela valorização que o outro - seja ele colega de trabalho ou paciente - confere-lhe, a partir do esforço e do sofrimento investidos no trabalho e das contribuições dadas pelo trabalhador ao serviço. Nesse sentido, lidar com o sofrimento, com a vida e a morte, ao mesmo tempo que pode servir de justificativa para dar sentido e valorização ao profissional, também torna-se fonte de adoecimento. Em consequência, muitos profissionais se utilizam de mecanismos de defesa, negam o sofrimento vivenciado na sua prática, afastam-se emocionalmente dos pacientes e entregam-se à produção de trabalho, podendo até aumentar a produtividade, mas acabam comprometendo a qualidade do serviço e das relações de cuidado. Este afastamento emocional prejudica a formação de vínculos e a sensibilidade do cuidado, que poderiam servir para amenizar a angústia, a dor e o sofrimento de pacientes e familiares. Dessa forma, sinaliza-se para a importância de se considerar a dimensão subjetiva do profissional em seu trabalho, que está permeada pelas suas vivências pessoais e pelos



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

sentidos atribuídos a elas, com vista a desenvolver suas potencialidades. É importante que o trabalhador tome consciência das causas que geram sofrimento e de suas limitações frente a elas, para transformar as relações de cuidado, na busca de reconhecimento e bem-estar psíquico.

Palavras-chave: Psicodinâmica; Trabalho; Enfermagem





**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Psicologia da Saúde e biotecnologias: uma análise crítica de filmes e documentários

Mariana Bassi ¹

Maiana Busnello ¹

Nathiele Almeida ¹

Guilherme Côrrea ¹

Adriane Roso ¹

¹ Universidade Federal de Santa Maria (UFSM)

O trabalho do psicólogo na saúde pública, mais especificamente no viés da psicologia da saúde, é de grande importância, pois esta centra-se nos determinantes e nas consequências dos comportamentos das pessoas, bem como em suas inter-relações. Em termos de práticas, além de atuar no tratamento de doenças, o psicólogo da saúde pode contribuir em campanhas de conscientização e esclarecimentos de cunho preventivo (prevenção primária), no planejamento e na execução de ações que envolvam a promoção da saúde e/ou a resolução de problemas da comunidade. Nesse contexto surgem as biotecnologias, que estão presentes em praticamente todos os âmbitos da sociedade e em constante desenvolvimento, e que comumente não são analisadas de forma crítica e reflexiva por grande parte da população, deixando importantes questões éticas fora das pautas de discussões. Dessa forma, tendo como foco a formação dos acadêmicos de psicologia e sua contribuição para a construção de uma sociedade crítica, a atividade intitulada “Olhares sobre Biotecnologias e Saúde”, desenvolvida no curso de psicologia da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), desde março de 2011 até o presente momento, tem como objetivo discutir criticamente as temáticas relacionadas às biotecnologias, utilizando como recursos as produções bibliográficas referentes ao tema e produções cinematográficas. Este grupo faz parte do projeto de extensão “Psicologia Social, Cinema e Saúde: Círculo de Estudos e Análise Crítica Compartilhada de filmes/documentários”, registrado no Gabinete de Projetos (GAP) nº 029916, e é constituído por cinco participantes ligados ao curso de psicologia. As discussões realizadas no grupo giram em torno de temáticas específicas, tais como bioética e biotecnologia, experimentação com seres humanos, fertilização in

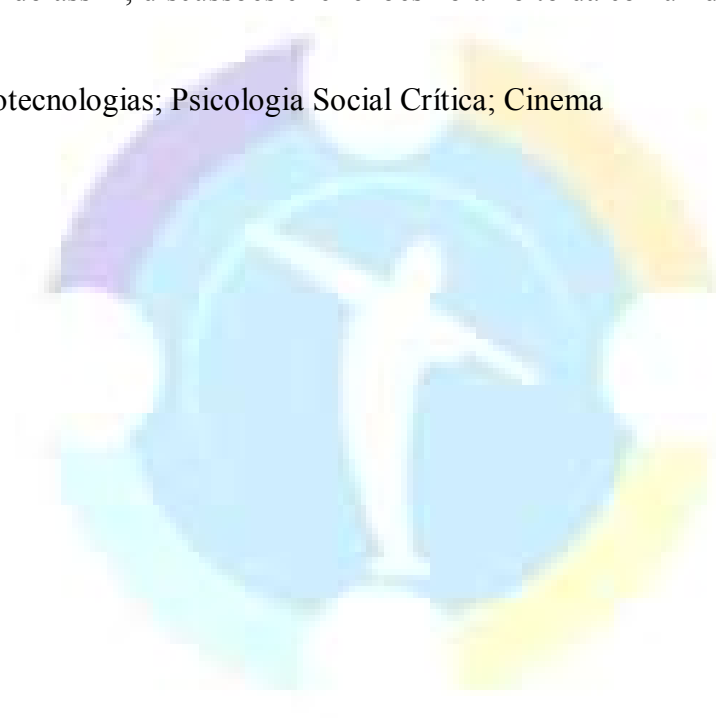


**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

vitro, clonagem, indústria farmacêutica, alimentos transgênicos, eutanásia, aborto, modos de subjetivação, processos de singularização e resistência, entre outras. Todas essas temáticas têm como referencial teórico obras ligadas aos conceitos de biopolítica e biopoder, principalmente os escritos de Michel Foucault. A atividade busca, desse modo, desenvolver, através das leituras, discussões e filmes, um olhar crítico dos participantes quanto às temáticas relacionadas às biotecnologias, bem como preparar os mesmos para mediar discussões referentes às produções cinematográficas, divulgadas pelas grandes mídias, e que foram anteriormente discutidas pelo grupo, junto à comunidade santamariense, promovendo assim, discussões e reflexões no âmbito da comunidade.

Palavras-chave: Biotecnologias; Psicologia Social Crítica; Cinema





III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Psicologia e ludicidade: mediação entre a criança e a hospitalização

Ana Paula dos Santos ¹

Camila dos Santos Gonçalves ¹

Matheus Giacomini Palma ¹

Catheline Rubim Brandolt ¹

¹ Centro Universitário Franciscano (UNIFRA)

Este trabalho visa expor um relato de experiência sobre as atividades do projeto de extensão “Ludicidade em ambiência hospitalar”, com início das atividades em abril de 2010 e vigentes até o presente momento. As atividades aqui apresentadas serão um recorte do projeto realizadas por um grupo de acadêmicos de psicologia, em uma sala lúdica de um hospital público no interior do Estado do Rio Grande do Sul. Dentro disso, o trabalho tem o objetivo de apresentar uma reflexão acerca da importância do brincar no ambiente hospitalar, em que se pontuam as influências geradas por este espaço tanto para a criança e seus familiares, como também para a equipe multidisciplinar. Através da abordagem lúdica, há a possibilidade de trabalho no qual tende a amenizar os impactos gerados pelo adoecer e pela internação. A importância de incluir salas lúdicas nos hospitais possibilita amenizar a rotina hospitalar, através das brincadeiras, de contar histórias, que possibilitem uma melhor estada da criança durante sua recuperação. Segundo a Lei nº 11.104 de 21 de Março de 2005, sancionada pelo ex-presidente Luiz Inácio Lula da Silva, os hospitais têm como obrigatoriedade instalar brinquedotecas nas dependências dos hospitais. No referido projeto, as atividades com os acadêmicos incluem reuniões de equipe, oficinas de criação de brinquedos e monitoria da sala lúdica. Participaram do projeto professores e acadêmicos dos cursos de psicologia, nutrição, enfermagem, pedagogia, terapia ocupacional e serviço social. Através da sala lúdica, também chamada de brinquedoteca, a criança pode ressignificar seu adoecer, por meio de jogos e brinquedos relacionar os aos problemas que esteja vivendo, e este contexto fará diferença, contribuindo para uma melhor recuperação. Através das práticas de monitoria da sala lúdica pode-se alcançar uma melhora significativa das respostas das crianças frente ao adoecer e a hospitalização, como

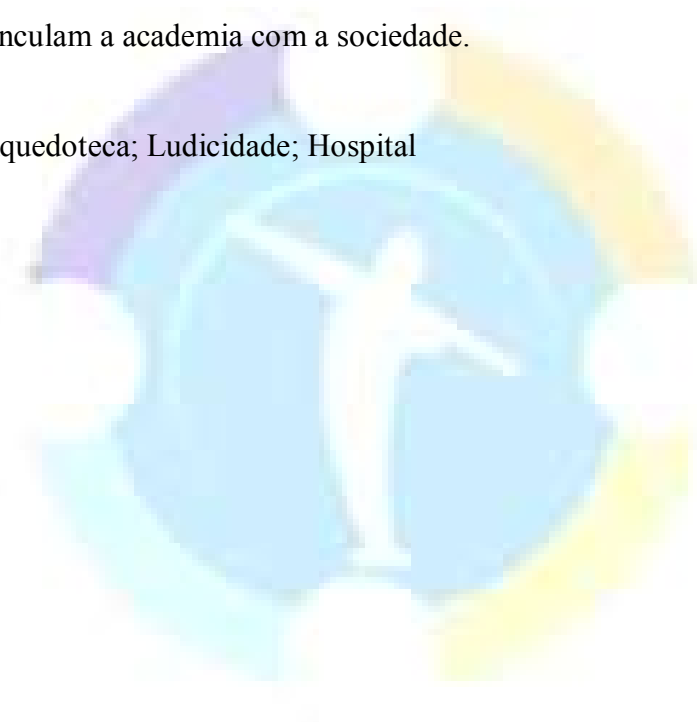


**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

percebido através das brincadeiras e jogos, em que reagiam com maior autonomia frente as rotinas do hospital e procedimentos da equipe médica e da enfermagem. Além disso, mediar a relação das crianças com seus familiares e cuidadores possibilitou aos acadêmicos em formação aproximar-se da relevância do brincar para o desenvolvimento psicossocial das crianças. Entende-se que o brincar possibilita para a criança hospitalizada um espaço que contribui para uma recuperação mais eficaz, ressignificando suas fantasias frente aos procedimentos e o afastamento do meio familiar. Participar de um projeto de extensão possibilitou para os acadêmicos significativas trocas com os usuários do sistema único de saúde, além disso, a aprendizagem gerada pela contribuição social oportunizada pelos projetos que vinculam a academia com a sociedade.

Palavras-chave: Brinquedoteca; Ludicidade; Hospital





III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Psicólogo na UTI: Impasses e dificuldades

Natalia Schopf Frizzo ¹

¹ Universidade Federal de Santa Maria (UFSM)

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é um setor que proporciona cuidados aos pacientes que apresentam inconstância clínica grave, por meio da atenção constante e especializada. Seu ambiente, contudo, é frequentemente avaliado como altamente estressante tanto pelos pacientes, quanto pelos familiares e equipe de saúde atuante na unidade. Nesse sentido, o psicólogo, nesse setor, serviria como um mediador entre o paciente, a equipe, a instituição e seus familiares. Devido a isso, este trabalho discute as dificuldades enfrentadas por esse profissional frente às exigências e empecilhos impostos por um ambiente tão estressor. A pesquisa foi realizada por meio de revisão bibliográfica, na qual se procurou reunir a maior quantidade de dados possíveis englobando livros, periódicos e artigos científicos. No momento de chegada à UTI, começa evidenciar-se a rotina dessa unidade hospitalar. Olhando para os doentes nesse local, é possível, ainda, observar o processo de despojamento que Goffman descreve a respeito do procedimento de admissão no serviço militar, nos conventos e manicômios, devido à atenção chamada aos rituais ali aplicados. Internado na UTI, o doente torna-se um paciente, sem trocadilhos, resignado aos cuidados profissionais e necessitando aguardar a melhora de sua doença. Além do paciente, a família também sofre, e a maneira como ela lida com tal situação depende de sua história, da saúde emocional dos mesmos, e dos mecanismos de defesa que utilizam frente a este cenário. O psicólogo, portanto, tende a atuar nesse momento propondo-se a favorecer o bem-estar do paciente, familiares e equipe de saúde durante a hospitalização. Para Ismael, cabe ao psicólogo na UTI ser um elo entre paciente/equipe/família. Contudo, este papel acaba imbuído de diversas fontes de estresse associadas à prática hospitalar, a saber, o contato direto com dor, morte e sofrimento; problemas de inserção na equipe de saúde; submissão às regras da instituição; envolvimento emocional com pacientes, trabalhos com pacientes não desejosos do atendimento/situações de crise, falta de formação na área hospitalar. Após leitura, reflexão e discussão sobre os dados, conclui-se que o trabalho do psicólogo



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

no hospital atrela-se a diversas dificuldades que perpassam a prática profissional e refletem desde uma formação precária na área, até complicações quanto ao espaço físico e entendimento de sua função no ambiente hospitalar. Assim, torna-se necessário dedicar-se ao estudo desses enfrentamentos a fim de contribuir para a melhora da atuação nesse local, auxiliando, assim, na construção e ampliação do espaço do psicólogo dentro do hospital.

Palavras-chave: Psicólogo; UTI; Stress





III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

**Relato de uma experiência acerca das possibilidades de humanização da ala
psiquiátrica de um hospital**

Daniele Dalla Porta ¹
Amanda Schöffel Sehn ¹
Alberto Manuel Quintana ¹

¹ Universidade Federal de Santa Maria (UFSM)

O presente projeto busca relatar uma experiência dentro da ala psiquiátrica de um hospital que estava em processo de humanização, tendo em vista que muitas instituições encontram dificuldades ao adotar esta prática. A experiência teve duração de aproximadamente um mês, na qual foi realizado o acompanhamento das atividades dos pacientes, grupos, supervisões e principalmente observação do funcionamento da ala psiquiátrica do hospital. Para que um serviço seja desenvolvido no sentido da humanização é preciso que as instituições, no caso o hospital, se configurem enquanto um ambiente de produção de saberes, de convivência, de invenção da saúde. Ao proporcionar que o indivíduo tenha a capacidade de escolha dentro do ambiente hospitalar é suavizada a classificação de doente. Tal rótulo faz com que o sujeito perca sua autonomia e passe por um processo de invalidação pessoal, pois tudo que relembra o que o sujeito era antes da instituição é retirado, e faz com que ocorra um afrouxamento das relações e a perda dos laços afetivos. Nesse sentido, a ala psiquiátrica do hospital está obtendo sucesso em colocar em prática o projeto de humanização, já que neste local é enfatizada a autonomia, a individualidade e a história do sujeito. Além disso, foram implementadas algumas mudanças neste contexto, como a adaptação da estrutura física, a mudança de hábitos e regras dentro da unidade e atitudes relacionadas com a equipe e os pacientes. Com base nestas observações, pode-se concluir que a humanização dentro de uma instituição é um processo que se dá de forma lenta e gradual e exige uma adequação da estrutura para as necessidades e bem estar do paciente, bem como uma preparação da equipe para que haja uma boa comunicação entre os profissionais, os pacientes e a família destes.



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Palavras-chave: Humanização; Saúde Mental; Hospital





III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

**Respostas ao teste dos contos de fadas de crianças com e sem problemas de
aprendizagem**

Gabryellen Fraga Des essarts ¹

Bruna Nery Pormann ¹

Katherine Flach ¹

Vivian Roxo Borges ¹

Blanca Susana Guevara Werlang ¹

¹ Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS)

O presente estudo buscou identificar aspectos emocionais em crianças que apresentam problemas de aprendizagem, a partir das respostas emitidas ao teste projetivo temático dos Contos de Fadas (TCF). O TCF é composto por 21 cartões com imagens de cenas e personagens vinculados aos contos de fadas, agrupados em sete séries, com três cartões cada. As séries de cartões apresentam temas específicos. Foram comparadas respostas de crianças entre 6 e 11 anos, com problemas de aprendizagem (G1) e sem (G2), num total de 64 sujeitos, localizadas por conveniência em escolas públicas e privadas de Goiás, relacionadas às 30 variáveis do Sistema de Categorização de Respostas. O estudo foi quantitativo de tipo transversal. Os dois grupos foram pareados quanto à idade, ao sexo e nível socioeconômico. Todos os responsáveis preencheram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e a Ficha de Dados Sociodemográficos. Para excluir casos de comprometimento intelectual foi administrado o Teste Matrizes Progressivas Coloridas de Raven. Por fim administrou-se o Teste dos Contos de Fadas (TCF). Todas as informações coletadas foram organizadas em um banco de dados, no SPSS, versão 17.0. Foi realizado um levantamento de frequências e percentagens das variáveis do Sistema de Categorização de Respostas do TCF e a sua respectiva comparação entre grupos (G1 e G2), utilizando-se o Teste Exato de Fisher. Considerando o tipo de resposta dada ao Teste dos Contos de Fadas (TCF) pelas crianças da amostra, foi possível observar que as crianças com problemas de aprendizagem (G1) demonstram mais (que as do G2) uma auto imagem e auto estima negativa, com necessidades de etapas anteriores, vivenciando sentimentos de



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

incompetência e de perda de coisas ou afetos e percebem a figura materna rejeitadora e punitiva.

Palavras-chave: Teste dos Contos de Fadas (TCF); Teste Projetivo; Problemas de aprendizagem





III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Síndrome de Burnout em professores: um estudo comparativo entre níveis de ensino

Maria Odila Finger Fernandes Lima ¹

Mary Sandra Carlotto ¹

Ana Claudia Braun ¹

Liciane Diehl ¹

Sandra Rodriguez ¹

Bruna Mello da Fonseca ¹

Regina Ferrari ¹

Valquíria Coutinho Tavares ¹

¹ Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS)

O estresse no trabalho apresenta um lugar de destaque no estudo dos adoecimentos ocupacionais devido ao impacto negativo que vem causando na saúde e bem-estar dos trabalhadores e sua consequente repercussão no funcionamento das organizações e qualidade dos serviços prestados. A Síndrome de Burnout é uma das doenças relacionadas ao trabalho, sendo o resultado do estresse crônico que é típico do cotidiano do trabalho, principalmente quando neste existe excessiva pressão, conflitos, poucas recompensas emocionais e reconhecimento. No caso de sua ocorrência em professores, afeta o ambiente educacional e interfere na obtenção dos objetivos pedagógicos, levando os profissionais a um processo de alienação, cinismo, apatia, problemas de saúde e intenção de abandonar a profissão. Professores não pertencem a um grupo homogêneo, uma vez que dentro da profissão docente há diferenças de funções e atribuições de acordo com o nível de ensino. Neste sentido, este estudo objetivou verificar se existe diferença da Síndrome de Burnout de acordo com níveis de ensino infantil, fundamental, médio e superior. A amostra do estudo constituiu-se de 855 professores de Porto Alegre e região metropolitana, 130 do ensino infantil, 341 do ensino fundamental, 290 do ensino médio e 94 de ensino superior. Resultado obtido através de Análise de Variância identificou que professores de ensino infantil e superior apresentam índices de Ilusão pelo trabalho, Desgaste Psíquico, Indolência e Culpa significativamente diferentes em relação aos demais níveis de ensino. O



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

ensino médio foi o que apresentou maiores índices e todas as dimensões e nos perfis da Síndrome de Burnout confirmando resultados de estudos que apontam serem os professores que atuam neste nível de ensino os de maior risco de desenvolvimento de Burnout, pois trabalham com alunos com menor grau de interesse e motivação. Resultados sugerem ações diferenciadas de acordo com os níveis de ensino, com atenção especial ao nível de ensino médio.

Palavras-chave: Síndrome de Burnout; Professores; Níveis de ensino





III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

**Síndrome de Burnout na equipe de Enfermagem do serviço de urgência e emergência
da Unimed Santa Maria**

Maione Ruviaro ¹

Nathália Ruviaro ¹

¹ Universidade Luterana do Brasil (ULBRA - Santa Maria)

Estudos sobre o trabalho dos profissionais de saúde têm ganhado crescente atenção nos meios acadêmicos da psicologia, onde de um lado observa-se o caráter estressante e sacrificante da profissão, assim como a complexidade da atividade realizada por esses profissionais. O desempenho desses profissionais envolve uma série de atividades que necessitam de um controle mental e emocional muito maior que em outras profissões. A definição de *Burnout* mais utilizada e aceita na comunidade científica é a fundamentada na perspectiva sócio-psicológica. Nesta perspectiva, a Síndrome de *Burnout* é entendida como um processo constituído por três dimensões: Exaustão Emocional (caracterizada pela falta ou carência de energia), Despersonalização (caracterizada pelo tratamento de clientes, colegas como objetos) e Baixa Realização Profissional (fenômeno comportamental evidenciado por uma tendência de se auto avaliar de forma negativa). Foi realizada uma pesquisa onde se avaliou os níveis de *Burnout* no trabalho em profissionais de enfermagem de uma equipe de urgência e emergência (SOS - Unimed SM). A amostra se constituiu de 15 sujeitos (13 homens e 2 mulheres), com idades entre 21 e 50 anos e tempo de serviço entre cinco e 204 meses. Foram usados como instrumentos um questionário sócio demográfico e o inventário MBI- Maslach Burnout Inventory – HSS; Os resultados indicam que nesta amostra não há uma presença significativa de risco para a Síndrome de *Burnout*; estes resultados são positivos, indicam boas condições gerais dos funcionários para lidar com as demandas do trabalho, sem excessiva sobrecarga emocional, o que é desejável em profissões de cuidado e atendimento a outros, como o contexto de saúde. Por fim, é importante ressaltar que os resultados obtidos neste estudo dizem respeito a uma instituição específica, desse modo não se pretendem generalizáveis a todas as instituições hospitalares ou de saúde. A Síndrome de *Burnout* é uma patologia nova, com muitos



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

fatores que facilitam o seu surgimento e sintomas que muitas vezes os profissionais desconhecem, deste modo não percebem quando a estão desenvolvendo. Esses resultados indicam a importância de ações preventivas ao estresse crônico no ambiente de trabalho e também a observação dos grupos de acordo com suas especificidades ocupacionais.

Palavras-chave: Síndrome de Burnout; Profissionais de saúde; Serviço de Urgência e Emergência





III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

**Síndrome Metabólica: A importância de avaliar a motivação dos pacientes para
mudança de estilo de vida**

Felipe Quinto da Luz ¹

Nathália Susin ¹

Raquel de Mello Boff ¹

Martha Wallig Brusius Ludwig ¹

Margareth da Silva Oliveira¹

¹ Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS)

Uma equipe interdisciplinar composta pelos cursos de Fisioterapia, Nutrição, Enfermagem, Farmácia e Psicologia da PUCRS compõe o Programa de Mudança de Estilo de Vida para Risco Cardiovascular (MERC). Tem como objetivo auxiliar pacientes com Síndrome Metabólica (SM) na mudança do estilo de vida, o que envolve a adesão à dieta e ao exercício físico. Diante disso, a equipe da psicologia trabalha no aumento da motivação para mudança, utilizando o Modelo Transteórico de Mudança (MTT), baseado na premissa de que as pessoas transitam por diversos estágios de mudança: Pré-contemplação, Contemplação, Preparação, Ação e Manutenção. Nesta abordagem, os clínicos são treinados para avaliar a prontidão para mudança dos pacientes e para aumentar a motivação dos mesmos por meio de uma série de técnicas de acordo com a situação ou estágio de prontidão. Uma forma de acessar o estágio de motivação para mudança é através da régua de prontidão, uma escala analógica visual de 1 a 10. A régua é mostrada para o cliente juntamente com a seguinte pergunta “qual ponto nesta linha melhor reflete o quão pronto você está no presente momento para mudar seu comportamento?” O objetivo do presente estudo foi avaliar a motivação para mudança de comportamentos com relação à dieta e a prática de exercício ou atividade física em pacientes com SM. Os instrumentos utilizados foram: Questionário de dados sócio-demográficos e a Régua de prontidão. Participaram do estudo 65 voluntários com SM e idades entre 30 e 60 anos, sendo 36,9% do sexo masculino e 63,1% do sexo feminino, com média de idade de 51,10 anos (DP= 6,45). A prontidão para mudança foi calculada através da média da amostra para cada um dos

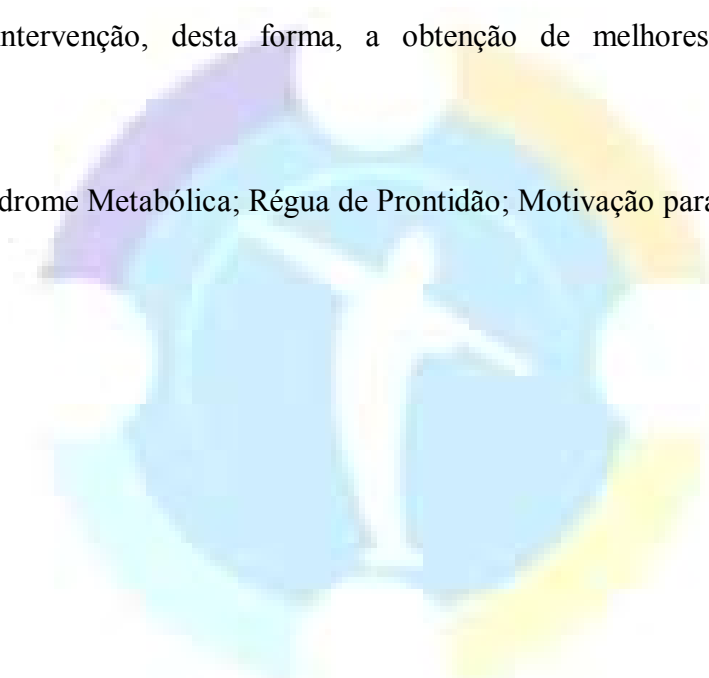


**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

comportamentos avaliados pela régua e a maior parte dos voluntários não estava motivada para praticar atividade física ou exercício aeróbico, reduzir consumo de gordura trans, de frituras, empanados e açúcar, assim como para aumentar consumo de cereais. Por outro lado, a maioria estava motivada para mudar o tipo de gordura consumida, reduzir o consumo de sal e aumentar o consumo de frutas, legumes e peixe. A classificação dos pacientes nos estágios iniciais de mudança para a maioria dos comportamentos avaliados demonstra a necessidade de intervenções focadas nos estágios de pré-contemplação, contemplação e preparação, ou seja, um trabalho direcionado aos estágios iniciais da motivação para mudança. As informações obtidas por meio da régua possibilitam um planejamento da intervenção, desta forma, a obtenção de melhores resultados no tratamento.

Palavras-chave: Síndrome Metabólica; Régua de Prontidão; Motivação para Mudança





III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Teste dos contos de fadas em crianças com e sem vivência de abuso sexual

Francine Bossardi ¹

Maria Luiza Leal Pacheco ¹

Felipe Bello Dias ¹

Graziella Comelli da Silveira ¹

Blanca Susana Guevara Werlang ¹

¹ Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS)

A situação de abuso sexual se caracteriza pela interação entre uma criança e outra pessoa em estágio psicosssexual mais avançado do desenvolvimento, no qual a criança é usada para obter estimulação sexual. O abuso sexual provoca respostas desadaptativas no comportamento infantil, configurando um fenômeno de difícil manejo que precisa ser melhor compreendido para assim poder definir intervenções mais adequadas na clínica psicológica infantil. Foi desenvolvido um estudo quantitativo de tipo transversal para identificar semelhanças e diferenças nas respostas ao Teste dos Contos de Fadas (TCF) de crianças entre 06 e 11 anos, com e sem vivência de abuso sexual intrafamiliar, relacionadas aos componentes de personalidade Impulsos e Estados Emocionais, os quais são mensurados pelo TCF. Participaram 64 crianças, sendo que 32 sofreram abuso sexual intrafamiliar (G1) e 32 não apresentaram essa vivência traumática (G2). As crianças foram localizadas em uma instituição de proteção infantil e em escolas públicas. Foi utilizado também, uma Ficha de Dados Sociodemográficos com a finalidade de obter dados que caracterizassem os participantes. Todas as informações coletadas foram organizadas em um banco de dados, no *SPSS*, versão 17.0 e foram analisadas através de técnicas de estatística descritiva. Para classificar as verbalizações das crianças ao TCF foi utilizado o Sistema de Categorização de Respostas do instrumento. Foi realizado levantamento de frequências e porcentagens dos tipos de conteúdos vinculados aos componentes Impulsos e Estados Emocionais. O Teste Exato de Fisher foi utilizado para a comparação entre os grupos. Os resultados evidenciam associação estatística significativa no grupo G1 em quatro das variáveis do componente Impulsos (Preocupação Sexual, Respostas Bizarrias,



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Agressão Impulsiva e Agressão Instrumental) e em dez das variáveis do componente Estados Emocionais (Medo de Agressão, Depressão, Ansiedade Doença, Ansiedade Dano, Ansiedade Rejeição, Ansiedade Autoimagem, Ansiedade Solidão, Ansiedade Preocupação com os outros, Ansiedade Privação e Ansiedade Incapacidade) quando comparado com o grupo G2. As crianças do G1 mostram maior vulnerabilidade social e emocional do que aquelas que não passaram por uma experiência associada ao ato abusivo.

Palavras-chave: Teste dos Contos de Fadas (TCF); Abuso Sexual Infantil; Violência Intrafamiliar





III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Transtornos alimentares: psicodiagnóstico como potencializador do processo terapêutico

Laiana Tiemi Kawashima ¹

Cassiano Ricardo Rumin ¹

¹ Faculdades Adamantinenses Integradas (FAI)

Os estudos sobre os sinais indicativos de transtornos alimentares e as avaliações de características de personalidade que podem se associar a manifestação destes quadros de agravos à saúde, tem ocupado de modo intenso a produção em Psiquiatria e Psicologia Clínica. O presente estudo avaliou características, ainda pouco investigadas na dinâmica de ocorrência de transtornos alimentares, denominadas expressão da raiva como estado e traço. Esta escolha de análise em relação à expressão da raiva como estado e traço decorre de apontamentos na literatura especializada. Este trabalho tem o objetivo de avaliar a realização de psicodiagnósticos em indivíduos com transtornos alimentares como elemento que potencializa o processo terapêutico. A metodologia envolveu a realização de dois estudos de caso de pacientes com transtornos alimentares. A realização do psicodiagnóstico utilizou como instrumento o Inventário de Expressão de Raiva como Estado e Traço (STAXI), além da entrevista de anamnese. No paciente um, o psicodiagnóstico indicou características, como: intenso estado de raiva; sentimento de ser injustiçado; tendência de comportamento autoritário e repressão dos sentimentos de raiva; sensibilidade a críticas e avaliações; temor da ruptura de vínculos; passividade e isolamento. No paciente dois emergiram as características: rebaixado estado de raiva; disposição reduzida para vivenciar a raiva; prejuízo a simbolização; dificuldades em estabelecer parâmetros defensivos; repressão de sentimentos de raiva; temor da ruptura dos vínculos; tendência de resignação e expressão da raiva prejudicada, limitando as relações pessoais. A realização do psicodiagnóstico contribuiu com o processo terapêutico, na medida em que foi possível através deste avaliar características do controle e traço de raiva e sua relação com as queixas apresentadas pelos pacientes. Possibilitou-se que o processo psicoterápico constituísse ambiente para expressar a raiva e agressividade numa referência de continência e estabelecimento de novos significados para os afetos.



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Palavras-chave: Transtornos alimentares; Psicodiagnóstico; STAXI





III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

**Treinamento de manejo de estresse para cuidadores de pacientes portadores de
doença de Alzheimer**

Gessyka Wanglon Veleda ¹

Letícia Costa Alves ¹

Martina Mazzoleni ¹

Marlene Teda Pelzer ¹

Vera Torres das Neves ¹

¹ Universidade Federal de Rio Grande (FURG)

A Demência do tipo Alzheimer é uma doença progressiva, de condição neurodegenerativa fatal caracterizada por deterioração das funções executivas além de uma série de sintomas neuropsiquiátricos e comportamentais. No entanto não somente o paciente sofre com as consequências da doença, atualmente é amplamente conhecido entre os pesquisadores o fenômeno psicofisiológico do estresse que os familiares e cuidadores desses pacientes são especialmente susceptíveis a apresentar. Para isso, são realizados grupos de apoio que tem como objetivo diminuir o estresse desses cuidadores. Na Universidade Federal do Rio Grande, três estagiárias de psicologia integrantes do Laboratório de Ensino e Pesquisa em Psicologia Clínica e da Saúde (LEPECS) realizaram uma intervenção, com duração de oito meses, em um grupo, no Hospital Universitário de Rio Grande, o GAM (grupo de ajuda mútua) específico para cuidadores de Alzheimer. Após esse período foi observado que a procura frequente dos participantes tinha o propósito de, principalmente, obter compreensão sobre o Alzheimer, além de adquirir conhecimentos sobre como lidar com o comportamento agitado e agressivo do paciente, bem como obter apoio psicológico devido ao estresse originado pela situação de cuidador. A partir desse levantamento das principais necessidades foram realizadas atividades de escuta empática; de preenchimento de relatórios sobre o estresse; estudo sobre o manejo comportamental dos pacientes e estudos sobre o manejo de estresse para ajudar os integrantes a encontrar atividades em que alcançassem maior bem-estar, para que assim pudessem desempenhar seu papel de cuidador com maior qualidade e, por fim, foram elucidadas dúvidas sobre a doença de

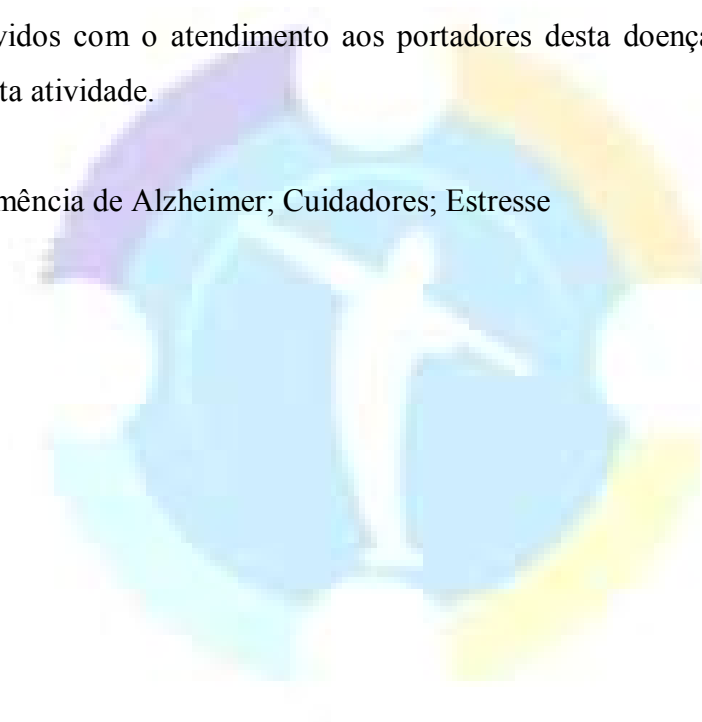


**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Alzheimer. Após essas práticas, os participantes do grupo afirmavam enfrentar melhor a sua condição. No entanto, foi igualmente concluído que devido ao formato do grupo, que se propunha a apenas dividir as experiências entre os participantes, e a grande rotatividade de cuidadores que participavam, foi proposta, para 2012, a realização de um curso que oferecesse esclarecimentos acerca da doença de Alzheimer e, principalmente, sobre estratégias de manejo de comportamentos disruptivos, ou perturbadores, exibidos pelos pacientes, denominado “Treinamento de manejo de comportamentos disruptivos para estudantes e profissionais e cuidadores de pacientes portadores de doença de Alzheimer”. Acredita-se que tal curso será eficaz para auxiliar os cuidadores e, também, os profissionais envolvidos com o atendimento aos portadores desta doença a lidar melhor com os desafios desta atividade.

Palavras-chave: Demência de Alzheimer; Cuidadores; Estresse





III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Treinamento em Estratégias de Controle da Obesidade em acadêmicos da FURG

Cristiane Röedel Hirdes ¹

João Carlos Centurion Cabral ¹

Aline Odriosolla Gomes ¹

Ana Furlong Antochévis ¹

Vera Torres das Neves ¹

¹ Universidade Federal do Rio Grande (FURG)

O aumento no sobrepeso e obesidade tem se tornado um problema global de saúde pública. No Brasil, a prevalência de excesso de peso, em 2006, foi de 47% para os homens e 39% para as mulheres, e de obesidade, de 11% para ambos os sexos. Este aumento contínuo do sobrepeso e da obesidade na população geral representa um desafio para as políticas de saúde pública, uma vez que a obesidade, além de estar associada com alterações metabólicas, também pode levar a problemas cardiovasculares e a diversas outras comorbidades. Diante de tais constatações, o Laboratório de Ensino e Pesquisa em Psicologia Clínica e da Saúde (LEPECS) e Núcleo de Assistência Estudantil (NAE) da Universidade Federal do Rio Grande (FURG), uniram esforços para a realização de um Treinamento em Estratégias de Controle da Obesidade, em que foram adotados dois programas cognitivo-comportamentais de modificação de hábitos de saúde, manualizados e padronizados, dos quais um já apresentou evidências de eficácia em estudos longitudinais. Assim, a fim de identificar as características de saúde, bem como traçar estratégias comportamentais consistentes com as demandas específicas do grupo de acadêmicos da FURG inscritos no programa (n=20), foram realizados 2 encontros onde efetivou-se o levantamento de dados através de uma entrevista e de uma dinâmica de grupo visando identificar as crenças sobre a pirâmide alimentar, a prática de exercícios físicos e os hábitos de saúde e das aplicações de um questionário de hábitos alimentares e de saúde e dos Inventários Beck de Depressão e de Ansiedade. Deste modo, constatou-se que além de comorbidades diretamente relacionadas ao sobrepeso, como diabetes mellitus tipo II, hipertensão arterial, apneia do sono e outras, os níveis significativamente elevados de



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

ansiedade foram associados ao excesso de peso, tanto como causa quanto como efeito. Além disso, os participantes com níveis mais elevados de sobrepeso apresentaram um grande conhecimento sobre aspectos nutricionais, um amplo histórico de frustração com medidas tomadas para redução do peso e uma expectativa reduzida com o sucesso do programa, almejando, em alguns casos, a manutenção do peso como efeito positivo do treinamento, i.e., o não aumento do sobrepeso já é visto como um sucesso da intervenção. Este levantamento preliminar serviu como forma de avaliação inicial para adequação dos procedimentos e estratégias comportamentais à realidade local.

Palavras-chave: Obesidade; Saúde pública; Técnicas cognitivo-comportamentais





III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Um grupo de loto como disparador de subjetivações

Ana Paula Benatti ¹

Ana Patrícia Griebler ¹

Simone Luisa Ludwig Zohler ¹

Lovane Schramel ¹

Rita de Cássia Maciazeki Gomes ¹

¹ Sociedade Educacional Três de Maio (SETREM)

Esta pesquisa visou compreender e acompanhar o processo de subjetivação do grupo de mulheres que jogam Loto, levantando os motivos que as levam a participar desse grupo. O trabalho foi realizado na cidade de Nova Candelária/RS, Brasil, no período de maio a junho de 2011, através de pesquisa de campo orientada pelos moldes do Método Cartográfico de pesquisa-intervenção. Os instrumentos utilizados são: o *diário de bordo*, onde foram registradas as experiências, questionamentos, observações, sentimentos que nos atravessaram no grupo em que estivemos inseridas; e o nosso *corpo vibrátil*, que possibilitou o contato com as mulheres que jogam Loto e o desenvolvimento da nossa *produção de dados*. Quanto às questões éticas, foi observada a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), sendo que, utilizou-se o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em que as participantes nos deram o seu consentimento em participar da pesquisa. O grupo de Loto é composto por nove mulheres aposentadas, com faixa etária entre 60 e 72 anos, que deixaram o interior para morar na cidade. Percebemos que este é um grupo unido, que há muitos anos compartilha momentos de lazer e também de troca de experiências. Há, Também, neste grupo, uma questão que está para além do jogo em si, sendo esta, o processo de subjetivação dessas mulheres. Dessa forma, compreendemos que esses encontros proporcionam a essas mulheres o exercício da afetividade e do lazer. Outro fator importante para a manutenção deste grupo, além da questão da amizade e do respeito é a capacidade de autoanálise e autogestão. Através desses mecanismos, que são próprios do grupo, elas conseguem lidar com as adversidades e resolver pequenos conflitos sem prejudicar a convivência entre si. Outro aspecto a ser ressaltado é que o grupo funciona



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

como promotor de saúde às mulheres, uma vez que, o jogo exercita a memória e o raciocínio lógico, algo que em pessoas de terceira idade geralmente está debilitado. Ademais, percebemos que os encontros para o jogo não foram prejudicados com a mudança das participantes (do interior para a cidade) e sim foram fortalecidos, sendo que as relações se reorganizaram no novo espaço.

Palavras-chave: Cartografia; Jogo de Loto; Processos de Subjetivações





**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Uma oficina de comunicação como proposta de cuidado na atenção hospitalar

Katiусci Lehnhard Machado ¹

Caren Silva ¹

Caroline de Oliveira ¹

Eliane Umpierre ¹

Marlene Gomes Terra ¹

¹ Universidade Federal de Santa Maria (UFSM)

Este trabalho é resultante da vivência do campo de práticas das profissionais residentes do Programa de Residência Multiprofissional em Sistema Público de Saúde, em uma Unidade de Internação Psiquiátrica do Hospital Universitário de Santa Maria – RS, no Serviço de Recuperação de Dependentes Químicos (SERDEQUIM), e propõe-se relatar a experiência de uma oficina que objetiva a reinserção social dos usuários participantes, através da construção de um jornal. Essa atividade tem como ferramenta teórica, metodológica e prática o embasamento nos ideais da Reforma Psiquiátrica, que propõe a transformação da assistência psiquiátrica no Brasil. Em consonância com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) são estabelecidas condições para a implantação de novas políticas de saúde, em especial a Política de Saúde Mental. Com esta perspectiva, constrói-se uma política pública específica para a atenção às pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas, situada no campo da saúde mental. Neste contexto, a ‘Oficina do Jornal’ busca criar um espaço interativo, que incentive o pensamento crítico e reflexivo sobre temas do nosso cotidiano, uma vez que auxilia no comprometimento e na mobilização dos participantes para que sejam agentes ativos de sua própria história. Esta oficina de comunicação que constrói o jornal “100% Sobriedade” é realizada semanalmente, sendo os temas discutidos coletivamente e o jornal editado trimestralmente. Percebe-se que os resultados têm se configurado na produção informativo-reflexiva, que está na 5ª edição, bem como no compromisso dos usuários com essa atividade, visto o retorno dos participantes ao grupo, após a alta hospitalar. Na formação das profissionais envolvidas nesta oficina, os resultados estão na possibilidade de problematizar e ampliar o olhar sobre o modo de fazer



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

saúde no contexto hospitalar, contribuindo assim com a ressignificação do processo de cuidar em saúde mental, e no trabalho interdisciplinar que resulta em um campo rico de trocas entre os saberes das profissionais e dos usuários. Logo, acredita-se que esta oficina sirva como uma atividade grupal de socialização, expressão e reinserção social de suma importância, uma vez que consiste em um momento de ocupação terapêutica, exige o desenvolvimento da atenção e criatividade e possibilita que o usuário possa voltar seu foco para a atividade, saindo por um momento do enfoque da doença. Ressalta-se que atividades deste tipo possam servir como dispositivos de cuidado em saúde mental.

Palavras-Chaves: Saúde Mental, Comunicação, Reinserção-Social





**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Unidade de queimados: possibilidades de intervenção da Psicologia

Ana Paula Knackfuss Freitas Silveira ¹

Camila dos Santos Gonçalves ¹

Janice Alves Veleda ¹

¹ Centro Universitário Franciscano (UNIFRA)

Mudanças recentes na forma de inserção dos psicólogos na saúde e a abertura de novos campos de atuação têm introduzido transformações qualitativas na prática que requerem, por sua vez, novas perspectivas teóricas. Neste sentido, as possibilidades de atuação da Psicologia dentro do âmbito hospitalar ampliam-se para diversas áreas. Este trabalho tem como objetivo abordar as possibilidades de intervenção da Psicologia em uma Unidade de Queimados. Trata-se de uma pesquisa bibliográfica de cunho exploratório. Pode-se dizer que, um trauma como o da queimadura, independentemente de sua extensão, é uma agressão que pode causar danos físicos e psicológicos ao paciente. Para o paciente que sofreu queimaduras e necessita de internação hospitalar, essa é uma fase delicada, pois será atingido por uma variedade de estressores físicos tais como acidose, perda de fluidos, alterações no equilíbrio endócrino, potencial para infecção, desbridamento, enxertia, dor, além dos estressores psicológicos decorrentes de situações como separação da família, afastamento do trabalho, mudanças corporais, despersonalização, dependência de cuidados, perda da autonomia e tensão constante. Particularmente, durante a hospitalização, o paciente queimado passa por procedimentos considerados altamente dolorosos. A dor da queimadura está geralmente relacionada com atividades específicas tais como limpeza da ferida, desbridamento, mudança de curativos e fisioterapia. Sendo assim, a intervenção da Psicologia neste contexto é de fundamental importância tanto para o paciente queimado, quanto para sua família, que muitas vezes se depara com um estado constante de impotência diante da incerteza do percurso de adoecimento, recuperação ou possibilidade de morte. O profissional que atua em uma Unidade de Queimados deve identificar situações que podem ser estressantes para o paciente e sua família, não somente durante o período de internação, mas posteriormente à alta hospitalar, não enfocando a



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

queimadura somente do ponto de vista biológico, mas também emocional. Além disso, as intervenções junto à equipe são importantes, uma vez que a convivência com pacientes que permanecem internados por um longo período e que são sujeitos a inúmeros procedimentos dolorosos torna-se bastante complexa também para a equipe, necessitando um espaço de escuta para estes profissionais.

Palavras-chave: Unidade de Queimados; Intervenções da Psicologia; Queimaduras





III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Universidade e diversidade: a inserção de acadêmicos com necessidades educacionais especiais na UFSM

Rafaela Quinatana Marchesan ¹

Meiridiane Domingues de Deus ¹

Edinara Zanatta ¹

Héctor Omar Ardans-Bonifacino ¹

¹ Universidade Federal de Santa Maria (UFSM)

O presente projeto de pesquisa tem como objetivo refletir sobre o processo de inserção dos acadêmicos com necessidades educacionais especiais (NEE) na Universidade Federal de Santa Maria - UFSM, buscando conhecer as perspectivas e dificuldades desses acadêmicos em sua inserção. Pretende-se, também, verificar as contribuições do curso de Educação Especial e do Núcleo de Acessibilidade, existente na UFSM, na permanência desse alunado na universidade. São realizadas entrevistas semi-estruturadas com os sujeitos da pesquisa, os quais totalizam seis membros da UFSM, dos quais, três alunos com necessidades educacionais especiais; dois professores do curso de Educação Especial e, ainda, um membro do Núcleo de Acessibilidade da referida universidade. Foram considerados, neste trabalho, os dados referentes às entrevistas com dois alunos com NEE e com um membro do Núcleo de Acessibilidade da instituição. A análise do material coletado é realizada através da análise de conteúdo. Os resultados parciais são apresentados tendo como base duas categorias. Na primeira delas, denominada de “Preconceito – diferente ou igual?” destaca-se a questão da visibilidade desse alunado, pelos outros, como alguém que deve ser diferenciado dos demais, apontando para o conseqüente preconceito vivenciado. Ressalta-se, entretanto, na mesma categoria, a não aceitação deles de tal diferenciação, em um constante movimento de igualar-se aos demais. Na categoria seguinte, denominada de “O despreparo da instituição e a possível inclusão por força da lei”, percebe-se que são significativas as dificuldades que a instituição está encontrando para dar conta do que se propôs com o programa de cotas. Isto ocorre devido ao fato de que a questão não se resume apenas a disponibilizar vagas para que esses alunos



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

tenham acesso ao meio acadêmico, é necessário um acompanhamento e políticas de permanência. Assim, o acolhimento desse alunado pode estar ocorrendo, não tanto, por uma mudança de mentalidade, mas sim amparada por uma questão mais ampla, a legislação. Conclui-se que a entrada e permanência destes educandos na universidade é uma pequena faceta de um processo amplo, que se relaciona a diversas questões educacionais e, principalmente, sociais.

Palavras-chave: Acessibilidade; Universidade; Psicologia





III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

**Utilização do MEEM em Idosa institucionalizada com rastreador de desempenho
ocupacional: perspectivas e ações de Terapia Ocupacional**

Danusa Menegat ¹

¹ Universidade Federal de Santa Maria (UFSM)

O Lar das Vovozinhas é uma instituição de longa permanência onde as idosas institucionalizadas ficam por um longo tempo neste ambiente localizado na cidade de Santa Maria. Nesse local há diversas alas que organizam as idosas conforme suas limitações físicas, cognitivas e as que necessitam de cuidado especial, ou seja, as que compõem a enfermaria. No segundo semestre de 2011 acompanhei uma idosa que estava em uma área de maior grau de independência da instituição, ela tinha um processo de envelhecimento normal, com 76 anos. Então foi proposta a avaliação do Mini Exame do Estado Mental de Folstein composta por 11 itens, os quais têm como objetivo avaliar a cognição. As perguntas desse teste abordam os básicos conhecimentos de orientação temporal, orientação espacial, a memória de evocação e outras modalidades que permitem ao avaliador obter um escore não ultrapassando os 30 pontos. A avaliação foi realizada em forma de conversa para que a idosa não se sentisse pressionada para acertar todas as questões; ela respondeu corretamente a tudo o que lhe foi indagada. Como acadêmica do curso de Terapia Ocupacional, voltei-me às informações obtidas através do vínculo construído no decorrer dos encontros e percebi o quanto uma idosa ativa no dia a dia influencia de maneira benéfica no seu cotidiano institucionalizado. A anciã que dialoguei tinha em seu quarto um calendário e um relógio que são exemplos de objetos que auxiliam na noção espaço-temporal, até mesmo porque um idoso institucionalizado se acostuma com a rotina da instituição e muitas vezes, nesse contexto, não se têm essa percepção, assim acabam se privando de autonomia e independência. Além disso, tinha uma máquina de costura, essa lhe proporcionava uma prazerosa ocupação; esses recursos lhe ajudavam a preservar a memória e a não perder a própria identidade. Apesar de a avaliação ter obtido resultados satisfatórios é relevante ressaltar o quanto é importante estimular a excelente memória que essa idosa tem. O Terapeuta Ocupacional é um profissional apto a realizar tal



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

função, buscando meios de intervenção que, como foi o caso dessa idosa, possa favorecer a manutenção cognitiva da mesma. Assim, pode-se utilizar jogos que estimulem a memória, realizar oficinas que proponham atividades artesanais e lúdicas no intuito de favorecer a agilidade, a atenção e a percepção desse idoso favorecendo as atividades do cotidiano conforme o envelhecimento se intensifica, pois em decorrência disso há redução dessas potencialidades.

Palavras-chave: Mini exame do estado mental (MEEM); Idosa institucionalizada; Terapia Ocupacional; Relato de experiência





III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Violência doméstica contra a mulher: um estudo de caso

Felipe Bello Dias ¹

Francine Bossardi ¹

Graziella Comelli ¹

Gabriela Quadros de Lima ¹

Samantha Dubugras Sá ¹

Blanca Susana Guevara Werlang ¹

¹ Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS)

Um ato de violência é entendido como uma ameaça à vida e pode vir acompanhado do silêncio e submissão por parte da vítima. A violência doméstica contra a mulher é aquela perpetrada pelo parceiro ou ex-parceiro conjugal. O comportamento violento baseado na diferença de gênero inclui atos agressivos que provocam danos físicos, sexuais e psicológicos na mulher. O caso apresentado integrou uma investigação mais ampla a respeito da influência da história de vida em mulheres que sofrem violência doméstica. O material clínico exposto derivou de um conjunto de instrumentos de pesquisa e de avaliação psicológica (Ficha de Dados Pessoais e Sociodemográficos, Entrevista Semiestruturada, Escala de Autoestima de Rosenberg, Inventário de Depressão de Beck – BDI-II, Escala de Desesperança de Beck – BHS, Escala Tática de Conflito e Técnica de Rorschach) que foram administrados em Gracieli (nome fictício) após ter sido convidada a participar da pesquisa e ter assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O contato com Gracieli ocorreu no momento em que a mesma buscou ajuda no Centro de Referência da Mulher Vânia Araújo Machado, na cidade de Porto Alegre. Com base nos dados colhidos, e interpretados através dos postulados psicanalíticos, percebe-se que na vida de Gracieli o traumático implicou na impossibilidade de metabolizar psiquicamente o excesso a fim de encontrar, por meio de uma atribuição de sentido, outra forma de se relacionar que não cause dor e sofrimento. Sabe-se que o trauma se caracteriza, em termos psicanalíticos, como uma dor impossível de ser representada psiquicamente e que provoca, portanto, um importante impacto no processo de subjetivação. Assim, a vulnerabilidade



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

decorrente da violência e do desamparo presentes ao longo da vida de Gracieli implicou em um encadeamento de repetições que a aprisionou em um relacionamento destrutivo e resultou em uma tentativa de suicídio.

Palavras-chave: Violência Doméstica contra Mulher; Trauma; Repetição; Avaliação Psicológica





III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Violência sexual contra adolescente: da notificação ao atendimento no CREAS

Suane Pastoriza Faraj ¹

Cibele Witt ¹

Dorian Mônica Arpini ¹

¹ Universidade Federal de Santa Maria (UFSM)

O presente trabalho visa apresentar a experiência da prática da psicologia em um Centro de Referência Especializado da Assistência Social (CREAS), do estado do Rio Grande do Sul. O CREAS como coordenador e articulador da proteção social especial de média complexidade, oferta atendimento as famílias e aos indivíduos em situação de suspeita ou violação de direitos. As ações e intervenções desenvolvidas no CREAS à população infanto-juvenil estão voltadas para uma abordagem psicossocial. O atendimento psicossocial é realizado por uma equipe interdisciplinar e consiste em um conjunto de atividades planejadas e específicas de orientação e apoio. O acolhimento, a avaliação social e psicológica, o atendimento psicológico individual ou em grupo estão incluídos nas estratégias do atendimento psicossocial desenvolvidas pelos profissionais dos CREAS. Este trabalho tem como objetivo descrever o atendimento psicológico de um adolescente e sua família a partir da notificação da situação de violência sexual. O estudo justifica-se pela importância da oferta do atendimento psicológico e social a criança e adolescente que tiveram seus direitos violados. O atendimento realizado com o adolescente no âmbito do CREAS aponta à minimização dos danos causados pela violação de direitos, à interrupção do ciclo da violência e à proteção dos direitos estabelecidos no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA).

Palavras-chave: Adolescente; Violência sexual; Atendimento psicológico



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

COMUNICAÇÕES ORAIS



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

A construção de uma consultoria em psicologia do trabalho e organizacional

Gabriela Lottermann ¹

Katiani Pieczaki Pertile ¹

Zuleica Strohschön ¹

Paula Desconzi ¹

Mariléia Alflen ¹

Lilian Ester Winter ¹

¹ Sociedade Educacional Três de Maio (SETREM)

O consultor organizacional é uma pessoa estranha ao universo organizacional e sua função é extremamente complexa e exige cuidados, implementando ações, segundo um conhecimento técnico, a partir da realidade no qual está inserido. Portanto, consultoria é um serviço que precisa ser visto a partir de uma ordem auxiliar, ou seja, levar o gestor a analisar e resolver problemas práticos de uma organização. O presente estudo refere-se à criação de uma Consultoria em Psicologia do Trabalho e Organizacional que atua junto a um serviço de Clínica-Escola de um Curso de Psicologia da região Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul. Através de um estudo de caso, objetiva-se apresentar a experiência da trajetória desse serviço desde sua criação até as atividades já desenvolvidas. A equipe de trabalho é composta por sete acadêmicas do nono e décimo semestre e duas professoras orientadoras. O foco principal é prestar atendimento às empresas do município e da região, nos segmentos de indústria, comércio e prestação de serviços, oferecendo assessoria na área de gestão de pessoas. Além disso, o serviço de consultoria busca contribuir para a construção de intervenções na promoção de saúde junto aos trabalhadores nas atividades voltadas a área de gestão de pessoas, bem como, ao trabalhar com o diagnóstico organizacional e futuras ações a serem desenvolvidas. Quanto da implementação da consultoria, o grupo construiu as ferramentas de trabalho necessárias para suas práticas, tais como: ficha de inscrição e percepções iniciais do candidato; ficha de inscrição da empresa; ficha de inscrição de vagas; análise de função e ficha de desligamento de colaborador. Para o desenvolvimento dos trabalhos, busca-se a inserção da equipe de estagiárias no campo organizacional, objetivando aprendizagem e experiência profissional.

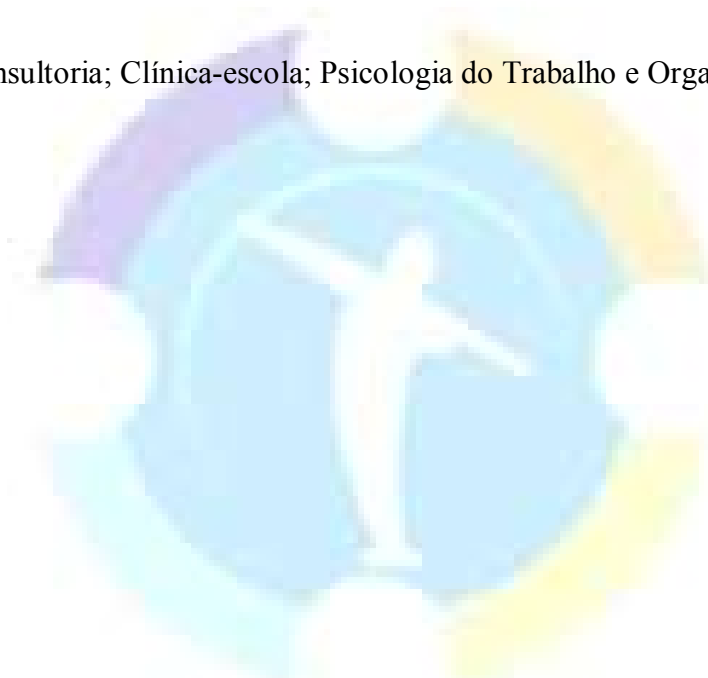


**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Portanto, a partir das práticas, pode-se justificar a importância do psicólogo nas organizações, uma vez que o mesmo atua na área da gestão de pessoas, visando o bem-estar dos colaboradores e da empresa na qual está inserido, pois o reconhecimento do psicólogo nas empresas que a consultoria atua concretiza-se em práticas que não só atendem a demanda, mas vão além, buscando o entendimento da dinâmica de funcionamento das organizações. Cabe ressaltar que esse espaço de trabalho está sendo construído, (uma vez que) o trabalho do psicólogo nas organizações, no contexto ao qual está inserido, se desenvolve em passos lentos, já que a prática desse profissional não é comum nas empresas da região.

Palavras-chave: Consultoria; Clínica-escola; Psicologia do Trabalho e Organizacional





III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

A crença de auto-eficácia e o bem-estar na velhice

Gabriella Koltermann ¹

¹ Universidade Federal de Santa Maria (UFSM)

Pesquisas relacionadas à velhice e seus diversos âmbitos vem crescendo. As pessoas têm manifestado preocupação com questões ligadas à qualidade de vida na terceira idade desde que os meios de comunicação intensificaram a divulgação das perspectivas dos demógrafos em relação ao envelhecimento populacional no Brasil. A crença de auto-eficácia refere-se ao julgamento do indivíduo acerca de suas capacidades de organizar e executar cursos de ação necessários para obter determinados tipos de desempenho. Muitos estudos tem demonstrado como as crenças de auto-eficácia são determinantes no desempenho físico e intelectual como no bem-estar na terceira idade. Entretanto, no idoso, de um modo geral, a expectativa de auto-eficácia é muito pequena, já que as pressões sociais são fortes no que tange às incapacidades atribuídas à terceira idade. Segundo Bandura, o declínio contínuo do senso de auto-eficácia pode ocasionar declínio cognitivo e perdas no funcionamento. Alguns comportamentos defensivos desadaptativos como evitação e fuga, reforçam uma autoimagem negativa no idoso, levando à manutenção dos comportamentos defensivos em um círculo vicioso. Diversos fatores são importantes para a crença de auto-eficácia e para o bem-estar físico, psicológico e social na terceira idade entre eles, a prática de atividades físicas, o estabelecimento e manutenção de contato social, além de lidar com os comportamentos sociais decorrentes de preconceitos contra a velhice. Mussoline considera a presença da auto-eficácia na personalidade dos idosos como um recurso interno para minimizar os efeitos das incapacidades funcionais que podem afetar o bem-estar e a qualidade de vida no envelhecimento. Lawton e Nahemow apontam “para que as competências comportamentais da vida diária se manifestem é necessário a presença de três elementos: condições biológicas (capacidade funcional e cognitiva), mecanismos de auto regulação do self (a auto-eficácia, por exemplo) e ambiente físico e social que permite, facilita, restringe ou impede a ocorrência das competências”. Assim, percebe-se a relação entre a crença de auto-eficácia, além de outros fatores como fisiológicos e sociais, e o bem-estar na velhice.



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Palavras-chave: Auto-eficácia; Bem-estar; Velhice





III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

A mídia como produtora de subjetividade na infância

Charlize Naiana Griebler ¹

Luciele Hüber ¹

Katiani Pieczaki Pertile ¹

Evandir Bueno Barasuol ¹

¹ Sociedade Educacional Três de Maio (SETREM)

A mídia promove não apenas o consumo de bens materiais, mas também o consumo de ideias, de tipo de vida, de posições de sujeitos desejáveis, de formas de ser e de agir. Neste sentido, o debate sobre o papel da mídia e sua influência na vida das pessoas torna-se relevante e oportuno. Desta forma, o presente estudo privilegia a discussão entre mídia, infância e desejos consumistas presentes na fase de desenvolvimento infantil. Participaram deste estudo 22 crianças, com idades entre 06 e 10 anos, de ambos os sexos, matriculados em uma escola da rede pública da Região Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul. O levantamento dos dados foi efetuado através de entrevistas semiestruturadas, sendo realizadas mediante Termo de Concordância da Instituição e do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido dos pais ou responsáveis. Observou-se através desta pesquisa que 50% das crianças assistem em média 4 horas de televisão por dia, sendo que 27% assistem sozinhas, sem a companhia de um adulto para direcionar e trabalhar a interpretação das informações expressas. Foi possível observar a vulnerabilidade das crianças ao apelo do marketing, sendo que os dados revelaram a presença de fatores como moda, ídolos e marcas, associadas a escolhas das crianças na hora de adquirir produtos. Da mesma forma a pesquisa aponta para uma precocidade relacionada a padrões estéticos e a erotização infantil, reproduzindo valores humanos aprendidos e incorporados por estas crianças. Levando em consideração os dados apontados, observa-se que a mídia tornou-se fator presente e decisivo na produção de desejos e nas escolhas infantis, questiona-se assim



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

sobre o papel da mídia já que esta apresenta-se como produtora de subjetividade e também sobre o papel da família no contexto social moderno.

Palavras-chave: Mídia; Infância; Consumo





III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

A visão de pais sobre a ausência paterna

Sabrina Daiana Cúnico ¹

Dorian Mônica Arpini ¹

¹ Universidade Federal de Santa Maria (UFSM)

A grande maioria dos pais divorciados não detém a guarda dos seus filhos e sabe-se que somente uma minoria a reivindica no momento da separação. De acordo com esta perspectiva, é provável que o predomínio das guardas maternas não seja decorrente de uma decisão unilateral do juiz, mas sim de uma decisão unânime entre juiz, mãe e pai, pois enquanto este nem mesmo pensa em pedir a guarda para si, aquela nem imagina que a possa entregar a ele. Estudos vêm sendo realizados, tendo como enfoque principal a relação paterna com a prole, principalmente nos casos de separação conjugal. Observa-se, no entanto, que tais estudos se reportam mais frequentemente àqueles pais que possuem o desejo de estreitar e/ou manter as relações com os filhos. São escassas, por outro lado, as pesquisas que abordam homens, também pais, cujo interesse pelos filhos não se faz presente. Tendo em vista o exposto, essa pesquisa buscou conhecer, através das falas dos pais, os possíveis motivos que os levaram a abdicar do exercício da paternidade ao final da relação conjugal. Integraram este estudo cinco pais que participaram da mediação familiar em um Núcleo de Práticas Judiciárias e que ao longo dos atendimentos com a Psicologia demonstraram possuir pouco ou nenhum contato com os filhos. A pesquisa teve caráter qualitativo e foi realizada através da técnica de entrevistas semidirigidas com questões abertas. As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas na íntegra e a análise dos dados foi obtida a partir do método da análise de conteúdo. Os resultados alcançados apontaram que alguns pais entendem a gravidez não planejada como um golpe, nomeado por eles de “golpe da barriga”. Este pode se constituir como um fator determinante para o não estabelecimento do vínculo afetivo com a criança. Além disso, alguns consideraram possuir empecilhos que dificultam o seu acesso aos filhos, prejudicando assim o exercício da paternidade. A relação conflituosa com a ex-companheira e/ou a família desta foram os principais empecilhos apontados pelos pais para justificar a sua ausência na vida das crianças. Com a realização deste trabalho, concluiu-se que a paternidade não é um



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

acontecimento simples e que se dá tão somente pela existência de um genitor e uma criança. Sendo assim, nem todo o genitor irá se constituir pai de seus filhos já que ser pai pressupõe uma paternagem que consiste em uma relação construída através da formação do vínculo afetivo entre pai e filho.

Palavras-chave: Ausência paterna; Relações familiares; Paternidade





III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Adolescência em risco: consumo de álcool e drogas entre jovens gaúchos

Greici Rössler Macuglia

Lais Broch Trentini

Lidiane Klein

Cristiane Hammes

Martin Tessmer

Rosa Maria Martins de Almeida

Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)

Universidade do Vale do Rio dos Sinos (Unisinos)

O consumo precoce de álcool e outras drogas psicoativas está relacionado a um alto impacto econômico e social, bem como a prejuízos individuais de ordem cognitiva, emocional e comportamental. Diferentes estudos confirmam que a facilidade de acesso, a impulsividade e a agressividade estão associadas aos fatores de risco que levam ao consumo precoce destas substâncias. Quanto mais cedo ocorre o primeiro contato, maiores são os riscos de desenvolver abuso e dependência, maior morbidade e mortalidade e o uso de múltiplas drogas na fase adulta. Diante disto, os objetivos desta pesquisa foram avaliar como e quando ocorre o início do uso de álcool e outras drogas e verificar os níveis de impulsividade e agressividade entre jovens de 10 a 16 anos. Foram pesquisados 870 estudantes de escolas públicas e privadas, com média de idade de 13,19 anos e DP= 1,77 anos, sendo 36,9% do sexo masculino e 62,8% do sexo feminino, residentes da grande Porto Alegre e algumas cidades do interior do Rio Grande do Sul. Foram utilizados três instrumentos, aplicados coletivamente, sendo um questionário sobre o primeiro uso de drogas e características sócio-demográficas, a escala de impulsividade de Barrat- BIS 11 e o Inventário de Expressão de Raiva como Estado e Traço – STAXI. Os níveis de impulsividade e de agressividade obtidos na amostra foram altos. A média de idade do primeiro consumo de drogas psicoativas foi de 11,81 anos, com DP de 1,18 anos. Um número expressivo de jovens já havia feito uso de álcool (62,7%) e de outras drogas ilícitas (3%). Os dados da pesquisa revelam que a média de início do consumo de álcool é mais baixa do que a média nacional e que, possivelmente, aspectos comportamentais como



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

impulsividade e agressividade estejam relacionados. Destaca-se o fato de que, em geral, é através dos pais que os adolescentes têm o primeiro contato com as substâncias psicoativas.

Palavras-chave: Adolescência; Álcool; Drogas





III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Adolescentes Usuárias de Substâncias Psicoativas

Elisabete Péres Queiroz de Paiva ¹

¹ Universidade Metodista de São Paulo (UMESP)

O resumo traz dados encontrados, na pesquisa “Adolescentes Usuárias de Substâncias Psicoativas”, da Dissertação de Mestrado em Psicologia da Saúde, no ano de 2010, pela Universidade Metodista de São Paulo – UMESP, que foi realizada com adolescentes internadas para tratamento de dependência de substâncias psicoativas, no Centro de Recuperação Álcool e Drogas Desafio Jovem. Os instrumentos utilizados para a coleta de dados foram o Questionário de Identificação Sócio-Demográfico e Consumo de Substâncias Psicoativas, o teste projetivo H.T.P. (House-Tree-Person) e o “Inventário de Triagem do Uso de Drogas (DUSI)”. Fizeram parte do estudo 14 adolescentes na faixa de 12 a 17 anos. Descreveremos a síntese dos resultados encontrados e a conclusão final da pesquisa, na visão dos dois instrumentos utilizados. Vamos começar a tecer inicialmente, sobre os resultados encontrados no “Inventário de Triagem do Uso de Drogas (DUSI)”, que demonstra, que a maioria das adolescentes (78,57%) são filhas de pais separados. A primeira substância usada, na faixa de idade de 9 a 14 anos, foi o cigarro (42,86%), a segunda foi maconha (35,71%), a terceira, na faixa de 9 a 15 anos foi o álcool (21,43%) e a quarta substância, na faixa de 9 a 16 anos foi o crack (35,71%). A droga predileta das adolescentes é o crack (42,9%). Já no teste projetivo H.T.P. (House-Tree-Person), encontramos os resultados de que a carência afetiva é vista como reflexo da própria história de vida em que viveu e vive até o momento, com o desamparo, com ausência de afeto, falta de confiança, isolamento, falta de contatos sociais seguros, descontentamento com o ambiente familiar que é restritivo, apresentando vulnerabilidade que se faz presente em relação às pressões vividas no ambiente familiar. O pai se constitui quase sempre ausente na elaboração das adolescentes. Situações, como negligência, violência e abandono paterno, bem como o envolvimento com drogas lícitas e ilícitas pelos pais e outros familiares, devem ser objeto de medidas de proteção de políticas públicas de promoção de saúde familiar e comunitária e de redução de danos relacionados ao uso de substâncias psicoativas. Outros estudos devem ser realizados, para que seja identificado o ambiente



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

familiar e social, e em que circunstâncias estas adolescentes vivem e quais os impactos deste meio e outras situações em suas vidas.

Palavras-chave: Uso de substâncias psicoativas; Adolescência; DUSI e H.T.P





III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

**Avaliação psicológica, visando a promoção de saúde em um grupo de bombeiros
voluntários**

Gabriela Lottermann ¹

Beatriz Regina Pletsch ¹

Katiani Pertile ¹

Paula Desconzi ¹

Zuleica Strohschon ¹

Lilian Ester Winter ¹

¹ Sociedade Educacional Três de Maio (SETREM)

Este trabalho apresenta uma prática de estágio em uma Consultoria em Psicologia do Trabalho e Organizacional, da Faculdade Três de Maio – SETREM, junto ao Corpo de Bombeiros, de um município da Região Noroeste/RS. A demanda do trabalho surgiu a partir de uma solicitação do Sargento responsável da unidade, com finalidade de melhor compor sua equipe, uma vez que há a preocupação e a valorização da pessoa no ambiente de trabalho. O objetivo foi traçar o perfil de dez bombeiros voluntários que ingressaram para a equipe do Corpo de Bombeiros, visando analisar as potencialidades e limitações de cada candidato, para um melhor encaminhamento destes à uma das atividades propostas pela corporação, que são: busca, salvamento e resgate; atendimento ao telefone; e combate ao incêndio. O processo avaliativo foi realizado por meio de uma entrevista psicológica e dois testes: aplicação da técnica projetiva de desenho, denominada Casa-Árvore-Pessoa - HTP que avalia sinais de psicopatologia e também o Questionário de Avaliação Tipológica - QUATI que avalia a personalidade através de escolhas situacionais que cada indivíduo faz. Após as entrevistas e os testes psicológicos, elaborou-se um parecer para cada bombeiro voluntário, oferecendo-lhes um *feedback* do seu processo de avaliação psicológica, bem como foi realizado uma devolução ao Sargento. A partir desse trabalho foi possível direcionar cada voluntário partindo de um mapeamento de competências comportamentais às atividades propostas pela corporação, bem como, utilizar a avaliação psicológica como uma estratégia de cuidado e promoção de saúde, visto que há busca de reconhecimento social por parte dos voluntários em virtude destes estarem desenvolvendo

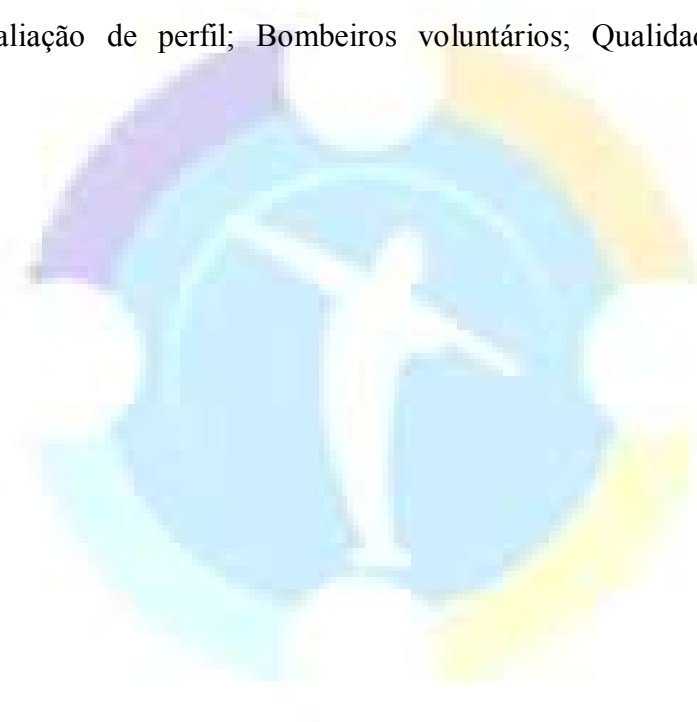


**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

atividades laborais no seu dia-a-dia de pouco reconhecimento e valorização social. Em sua maioria possuem ensino médio completo (50%) e ensino fundamental completo (40%), em relação ao estado civil (50%) são casados e (30%) união estável, e a amostra era predominantemente masculina (90%), com idades entre 26 e 35 anos (50%), em que os mesmos buscavam ao ingressar a corporação dos Bombeiros voluntários “*ajudar ao próximo*”. Frente a esse contexto, é possível afirmar que foi um desafio para a equipe, uma vez que buscou-se desenvolver o trabalho de forma significativa, ética e responsável, para atender tanto a demanda da corporação como a demanda interna de cada sujeito.

Palavras-chave: Avaliação de perfil; Bombeiros voluntários; Qualidade de vida do trabalhador





III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

**Caracterização da demanda atendida pelo serviço de Psicologia em Núcleo de
Práticas Judiciárias**

Amanda Pansard Alves ¹

Sabrina Daiana Cúnico ¹

Dorian Mônica Arpini ¹

¹ Universidade Federal de Santa Maria (UFSM)

Apoio: Fapergs

Este trabalho é um recorte de um projeto de pesquisa que visa identificar a demanda trazida pelos usuários de um Núcleo de Assistência Judiciária do Curso de Direito de uma instituição de ensino superior, com o objetivo de conhecer a caracterização da demanda e os motivos que levaram as pessoas ao serviço. Para tanto, foi utilizada uma abordagem quantitativa através de um estudo de base documental, tendo como referência o período de março à dezembro de 2009, onde 40 pessoas foram encaminhadas ao serviço de Psicologia. Dessa forma, realizaram-se consultas aos relatórios, fichas de triagem e fichas cadastrais do Núcleo. As informações foram submetidas à análise do conteúdo quantitativo. Têm-se como resultados que das 40 pessoas encaminhadas ao Serviço de Psicologia, 80% foram mulheres na faixa etária compreendida entre 31 a 40 anos, caracterizando uma procura majoritariamente feminina. Entre os motivos levantados encontram-se as queixas relacionadas à guarda em 5% dos casos, à visitação dos filhos em 22%, bem como à separação e dissolução de união estável em 17% dos casos. Contudo, a maior demanda apresentada pelos usuários relaciona-se a questões de pensão alimentícia, totalizando 44%. Dos 40 casos atendidos no período estudado, evidenciou-se que a maioria, 77%, possuía um filho desta relação, 13% dois filhos, 5% três filhos ou mais. Tem-se como desfecho que, dos casos analisados no estudo, 32,5% resultaram em um acordo entre as partes, 27,5% foram encaminhados para os estagiários do Direito a fim de dar entrada ao processo judicial, e 40% desistiram da ação pelos mais diversos motivos. Dos 32,5% dos acordos realizados, 84,62% foram homologados pelo juiz sem que houvesse a desistência de alguma das partes e 15,38% consistiam em um acordo extrajudicial. Nesse sentido, pode-se concluir a relevância de serviços de Psicologia junto aos conflitos onde há dissolução



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

familiar considerando a importância da parentalidade e da organização das relações familiares após a separação/divórcio. Conclui-se também que a mediação familiar se constitui em uma estratégia efetiva na resolução das problemáticas que envolvem conflitos familiares que tendem a separação.

Palavras-chave: Mediação familiar; Psicologia Jurídica; Conflitos familiares





III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Clínica e política: interfaces entre o campo e cidade

Rita de Cássia Maciazeki Gomes ¹

Edimara Piovesan Fassini ¹

¹ Sociedade Educacional Três de Maio (SETREM)

Os últimos anos verificamos um aumento das áreas e locais de atuação da Psicologia. Entretanto, o espaço rural e as relações sociais de homens/mulheres do campo mostram-se como algo ainda novo, um caminho a ser percorrido pela ciência 'psi'. O presente trabalho objetivou discutir como as pessoas que vivem no campo compreendem a atuação da Psicologia. O estudo foi realizado sob a ótica dos pressupostos da pesquisa-intervenção, utilizando-se do método da cartografia. Para tanto, acompanhou-se a implementação de um Serviço de Psicologia junto a um Sindicato de Trabalhadores Rurais, de um município da região noroeste do estado do Rio Grande do Sul. A partir das reflexões suscitadas pelas vivências, registradas em diário de bordo e na escuta da direção, funcionários e associados do sindicato mapeou-se as condições de possibilidades de intervenções da Psicologia junto a área rural. Levantaram-se, então, alguns questionamentos: como constituir possibilidades da instauração de uma clínica&política junto à área rural? Como determinadas práticas psicológicas podem contribuir com os habitantes do campo? Foi a partir dos primeiros contatos, dos movimentos de acolhimento, escuta, reconhecimento das limitações e da implicação que o trabalho começou a receber contorno. A medida que passou a fazer sentido para aquelas pessoas, provocou mudanças, ao mesmo tempo em que se transformou. Constatou-se que a Psicologia tomou no sindicato um lugar antes não ocupado, se aproximou das pessoas, da realidade rural e através de espaços de escuta e fala, foi se construindo e se compondo. Neste sentido, aponta-se para a constituição de uma Psicologia em interface com campo e a cidade, uma vez, que reconhece o inusitado como uma das forças agenciadoras das investigações e das descobertas, aliadas a uma postura de troca, cuidado e afeto compositores das nuances deste fazer que requer a continuidade e o avanço nos estudos.

Palavras-chave: Psicologia; Clínica; Política; Campo; Cidade; Subjetividade



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Concepção de família para crianças e profissionais de uma instituição de acolhimento

Gianni Vanessa Mayer Lauz ¹

Jeane Lessinger Borges ¹

¹ Sociedade Educacional Três de Maio (SETREM)

A institucionalização de crianças e adolescentes ao longo da história, no Brasil, esteve associada a situações de abandono e da falta de condições socioeconômicas das famílias em conseguirem dar suporte aos seus filhos. Atualmente, o Estatuto da Criança e do Adolescente (Brasil, Lei 8.069 de 1990) prevê que a institucionalização deve ocorrer apenas nos casos em que a criança ou adolescente possui seus direitos ameaçados ou violados. Um dos desafios das instituições de acolhimento é o trabalho de reinserção familiar das crianças, o qual é perpassado pela concepção de família dos profissionais da instituição. Nesse sentido, o presente trabalho teve como objetivo conhecer a concepção de família para crianças que estão em situação de acolhimento institucional, bem como problematizar o modelo tradicional de família entre os profissionais da mesma instituição. Para tanto, participaram da pesquisa três meninas entre nove e dez anos de idade, internas em uma instituição de acolhimento situada no município de Santa Rosa, Rio Grande do Sul. Além disso, participaram três profissionais atuantes na mesma instituição, sendo uma assistente social, uma monitora e a diretora. Foi realizado um Grupo Focal (GF) com as crianças, sendo que ao longo deste foram utilizados recursos lúdicos e simbólicos. Já com os profissionais foram realizadas entrevistas semi-estruturadas. Os resultados foram analisados qualitativamente, a partir da Análise de Conteúdo. A representação de família das crianças está relacionada à configuração da família de origem. As crianças dramatizaram duas cenas do contexto familiar, as quais apontaram a presença do modelo de família monoparental e do modelo de família nuclear. Já a percepção dos profissionais sobre família é formada pelas representações de suas famílias de origem e pela percepção das famílias das crianças institucionalizadas. Um maior foco para os fatores de risco das famílias emergiu no relato dos profissionais, em detrimento dos fatores de proteção. Além disso, pode-se perceber uma grande diferença entre a família relatada pelas crianças e a família apresentada pelos profissionais. Nesse sentido, torna-se importante discutir a



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

percepção de família nas instituições de acolhimento, a fim de uma melhor compreensão dos diferentes modos de estruturação familiar possíveis de serem observados na sociedade contemporânea e, da mesma forma, entre as famílias de origem das crianças abrigadas. Tal problematização pode contribuir para um olhar que potencialize os aspectos saudáveis das famílias das crianças, superando uma perspectiva de culpabilização e de fracasso.

Palavras-chave: Concepção de família; Crianças em situação de institucionalização; Fatores de risco e de proteção





III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Doença de Parkinson: alterações cognitivas e do humor

Greici Rössler Macuglia ¹

Carlos Alberto de Mello Rieder ¹

Cláudia Hofheinz Giacomoni ¹

Rosa Maria Martins de Almeida ¹

¹ Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)

A Doença de Parkinson (DP) é uma desordem neurodegenerativa caracterizada por disfunções motoras como tremor em repouso, rigidez, bradicinesia e instabilidade postural. Distingue-se pela morte de neurônios dopaminérgicos da substância negra e pela presença de corpos de Lewy. É a segunda doença neurodegenerativa mais comum no Brasil com uma prevalência estimada de 3,3% entre os idosos com mais de 64 anos. Além do comprometimento motor são comuns alterações do humor e cognitivas. Entre as funções cognitivas mais afetadas estão as funções executivas (FE), habilidades que permitem um indivíduo direcionar seu funcionamento cognitivo, comportamental e emocional a metas. Pacientes com alterações das FE podem apresentar dificuldades na tomada de decisão, planejamento e resolução de problemas, além de impulsividade e desatenção. Depressão e ansiedade estão entre as alterações de humor mais prevalentes. Estão associadas a uma pior qualidade de vida tanto de pacientes como de familiares e cuidadores, no entanto, são de difícil diagnóstico devido à sobreposição de sintomas com a DP. O presente estudo investigou a associação entre manifestações motoras, executivas e do humor em portadores da DP. Foram avaliados 30 controles saudáveis e 40 pacientes com DP utilizando a Hoehn & Yahr, UPDRS, HADS e BADS. Os resultados indicaram um percentual de 38,5% e de 30% de indivíduos com ansiedade e depressão, respectivamente, e de 72,5% de pacientes com disfunção executiva (DE), os quais apresentaram associação significativa com o sexo e escolaridade, mas não com o comprometimento motor. O estudo conclui que DE e alterações do humor estão presentes desde os primeiros estágios da DP, independentemente do comprometimento motor. Pacientes do sexo feminino e pessoas com baixa escolaridade são os mais afetados.

Palavras-chave: Doença de Parkinson; Disfunção executiva; Alterações do humor



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Entre o prazer e o sofrimento: um estudo de caso de vendedoras de um comércio varejista

Katiani Pieczaki Pertile ¹

Lilian Ester Winter ¹

¹ Sociedade Educacional Três de Maio (SETREM)

A saúde do trabalhador é um tema de suma importância no mundo do trabalho, uma vez que é determinante para produtividade e qualidade de vida dos colaboradores. Na Psicodinâmica do Trabalho, Dejours afirma que o sofrimento no trabalho surge em vários contextos, dentre eles: em trabalhos rotinizados e rígidos, em espaços laborais que o reconhecimento não acontece, na ausência de espaços de fala, cuja cooperação e a oportunidade do uso da inteligência prática não ocorrem. Neste sentido, a pesquisa buscou investigar quais os fatores que interferem no prazer e no sofrimento no trabalho de 14 vendedoras de uma empresa do ramo do comércio varejista da cidade de Três de Maio/RS. A pesquisa possui uma abordagem quantiquantitativa, pois foram aplicadas escalas (Escala de Clima Organizacional e de Prazer e Sofrimento no Trabalho) e posteriormente entrevistas semi-estruturadas baseadas no resultado obtido da análise das escalas. A análise dos dados foi realizada através de Análise Estatística (escalas) e Análise de Conteúdo a partir das entrevistas. Após análise dos resultados quantitativos constatou-se que as participantes apresentam sofrimento moderado em relação ao seu trabalho, o que se comprova nos resultados da pesquisa qualitativa, em que a mesma aponta que há sofrimento em relação ao tipo de reconhecimento existente na organização, uma vez que é pautado apenas no retorno financeiro e no cumprimento de metas. Apresentou-se também como fonte de sofrimento a forma como as opiniões e ideias trazidas são desconsideradas e desvalorizadas pelo gestor, a falta de autonomia das colaboradoras em relação a situações imprevistas, como também o controle e a pressão exercidos no dia-a-dia do trabalho. Outra questão importante é o relacionamento interpessoal entre colegas, que é apontada como fonte de sofrimento e prazer, ou seja, ao mesmo tempo em que existe uma competitividade entre as trabalhadoras, devido a organização do trabalho, as relações também configuram-se como fonte de prazer, uma vez que são através delas que as vendedoras compartilham e



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

falam sobre o cotidiano. Outro ponto pertinente em relação ao prazer é o orgulho que as vendedoras têm de seu trabalho e da empresa. Ressalta-se a necessidade de ações para promoção de saúde destas colaboradoras, na busca de abertura de espaços de fala, no desenvolvimento de uma relação com os gestores em que a confiança prepondere, criando espaço para autonomia das trabalhadoras, bem como no desenvolvimento de uma cultura de reconhecimento pautada no esforço e no comprometimento.

Palavras-chave: Prazer; Sofrimento; Trabalho





III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

**Estratégias utilizadas pelos pais para barrar o exercício da sexualidade do
adolescente**

Sabrina Dal Ongaro Savegnago ¹

Dorian Mônica Arpini ¹

¹ Universidade Federal de Santa Maria (UFSM)

Uma das transformações mais significativas da fase da adolescência é o desenvolvimento da maturidade genital e a possibilidade do exercício da sexualidade. Diante disso, é de fundamental importância que se aborde o tema da sexualidade com os adolescentes na família. Porém, é preocupante a dificuldade que os pais possuem em fazer isso de maneira segura. Este trabalho trata-se de um recorte de uma pesquisa mais ampla denominada “Conversando sobre sexualidade na família: o olhar de meninas de grupos populares”, a qual teve como objetivo compreender como se apresenta a temática da sexualidade no contexto familiar de adolescentes de grupos populares. Participaram da pesquisa quinze adolescentes com idade entre 13 e 16 anos que frequentavam duas escolas de ensino fundamental (instituições A e B) de uma cidade do interior do RS. A coleta de dados foi feita a partir de três grupos focais, sendo dois realizados na instituição A e um na instituição B. Os dados foram analisados através da Análise de Conteúdo. O objetivo deste trabalho é apresentar as estratégias das quais os pais lançam mão para barrar o exercício da sexualidade do adolescente e postergar o momento em que precisarão abrir-se de fato para conversar sobre estas questões. Segundo as adolescentes, muitos pais utilizam como estratégia para postergar a vida sexual dos filhos a imposição de medos e temores acerca do tema. Além disso, intensificam e exageram as consequências da vida sexual, a fim de frear a sexualidade das adolescentes. Outra estratégia utilizada pelos pais diante da curiosidade das adolescentes sobre o tema da sexualidade é a narrativa de histórias tanto para explicar os fatos quanto para assustar os filhos e assim, temporariamente, frear o exercício da sexualidade. De acordo com as participantes, os pais alegam que elas não estão na idade, não é o momento certo e que elas não estariam prontas para saberem sobre sexualidade. Porém, as adolescentes sinalizam que este é o momento em que elas mais



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

precisam desse espaço de conversação. Destaca-se a necessidade de políticas públicas que atuem junto às famílias, incentivando o diálogo entre pais e filhos.

Palavras-chave: Adolescência; Família; Sexualidade





III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Expectativas e vivências do parto de gestantes adolescentes

Angela Helena Marin ¹

Daniela Centenaro Levandowski ²

Marianna Golembiewski Ribeiro Mendes ²

Carolina da Silva Pereira ²

¹ Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS)

² Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA)

² Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA)

² Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA)

A gestação no contexto da adolescência tem sido bastante investigada em nosso país. Entretanto, estudos específicos sobre o momento do parto entre adolescentes ainda são escassos. Portanto, o presente estudo investigou as expectativas e vivências de adolescentes em relação ao parto. Participaram 11 mães adolescentes (13 a 18 anos, nível socioeconômico baixo), residentes na região do Vale dos Sinos/RS, que se encontravam no segundo trimestre gestacional e não apresentavam complicações clínicas. As adolescentes foram contatadas em Unidade Básicas de Saúde (UBSs) e entrevistadas individualmente no segundo trimestre gestacional e no segundo mês de vida do bebê. A análise de conteúdo qualitativa dos dados revelou que, de modo geral, não foram encontradas particularidades nas expectativas e vivências do parto entre as adolescentes, em comparação a mulheres de outras faixas etárias. Assim, pode-se pensar o parto como um evento feminino, que envolve ansiedade, medo, excitação e expectativa, e que é antecipado e vivenciado de forma semelhante entre as mulheres. Outro aspecto importante foi o pequeno número de complicações no momento do parto relatadas pelas participantes, pois se enfatiza a maior probabilidade de as adolescentes as apresentarem. Isso pode ser decorrente do acompanhamento pré-natal realizado nas UBSs. Destacou-se, ainda, o fato de as adolescentes terem sido pouco acompanhadas pela mãe ou companheiro, que constituem as principais figuras de apoio para mulheres no momento do parto, alegando o desconhecimento desse direito. O provável sentimento de tristeza e solidão vivenciado por elas pode contribuir para uma visão negativa dessa experiência e marcar sua trajetória



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

sexual e reprodutiva futura. Logo, é importante que os profissionais da saúde supram as usuárias dessa faixa etária com toda a informação mínima necessária sobre esse evento, incluindo os seus direitos. Além disso, o atendimento das equipes de saúde, conforme percebido pelas adolescentes, deixou parcialmente a desejar no que tange ao apoio e disponibilidade. Felizmente, elas também referiram cuidado e apoio dos profissionais, assim como uma boa infraestrutura dos hospitais públicos onde realizaram o parto. Esse achado pode indicar uma mudança na formação e atuação dos profissionais de saúde, com maior respeito pelo adolescente e suas especificidades, ou mesmo refletir características individuais desses profissionais, como maior empatia e capacidade de vínculo com sujeitos dessa faixa etária. Desse modo, percebe-se a necessidade de constante avaliação e aperfeiçoamento do atendimento prestado nas instituições de saúde pública, para que as metas preconizadas pelo SUS sejam cada vez mais atingidas.

Palavras-chave: Adolescência; Gestação; Parto



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

**Experiência de estágio na Ação Dançando Através do Lúdico: uma forma de
promoção da saúde**

Carolina Fernandes de Castro ¹

Suane Pastoriza Faraj ¹

¹ Universidade Federal de Santa Maria (UFSM)

O trabalho descreve a experiência de estágio desenvolvida pela autora principal e acompanhada pela co-autora na Ação Dançando Através do Lúdico, no ano de 2011. A Ação é ofertada pela Fundação Educacional e Cultural para o Desenvolvimento e o Aperfeiçoamento da Educação e da Cultura – FUNDAE, tendo como parceria a Instituição Beneficente Lar de Mirian e Mãe Celita. No ano de 2011, foram atendidas pela Ação, 103 crianças e adolescentes de 3 a 15 anos e suas famílias em situação de vulnerabilidade social ou em acolhimento institucional da região oeste da cidade de Santa Maria – RS. Aula de dança, oficinas, atendimento social, psicológico individual e em grupo foram ofertadas, tendo como proposta principal a promoção da saúde e dos direitos da população infanto-juvenil e a prevenção da violação dos mesmos. As intervenções foram desenvolvidas por meio de uma equipe interdisciplinar composta por coordenadora, professoras de dança, assistente de dança, psicóloga, assistente social, estagiárias de psicologia e serviço social. As atividades permitiram o desenvolvimento cognitivo-motor-afetivo das crianças e adolescentes, assim como, o desenvolvimento da consciência, tanto dos beneficiários do projeto como dos diferentes atores sociais, da importância de assegurar os direitos da população infanto-juvenil estabelecidos no Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA e promover a saúde à população.

Palavras-chave: Dançando Através do Lúdico; Direitos Humanos; Relato de Estágio



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Famílias monoparentais femininas: repercussões de gênero e da terapia familiar

Fabiana Verza ¹

Marli Kath Sattler ²

Marlene Neves Strey ³

¹ Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS)

² Domus – Centro de Terapia de Casal e Família

³ Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS)

As famílias monoparentais vêm alcançando uma representatividade importante no país, nos últimos anos. Em 2005, tais famílias já representavam o segundo maior grupo familiar no Brasil, e as mulheres, dentro deste grupo, estavam à frente na chefia destes lares. Atualmente, em Porto Alegre, quase 50% dos domicílios são chefiados por mulheres, e quatro em cada dez residências está sob a chefia feminina, representando o maior índice registrado entre as capitais. A sobrecarga que acarreta grande parte destas mães solitárias em sua tarefa parental merece atenção da Terapia Familiar, uma vez que este é um grupo social vulnerável e que precisa ser validado em sua identidade enquanto família. Nesse sentido, esse trabalho teve por objetivo compreender como se organizam essas famílias e também analisar o papel da Terapia Familiar em famílias monoparentais chefiadas por mulheres. A metodologia incluiu o levantamento da literatura acerca da temática da monoparentalidade feminina e da Terapia Familiar. Buscou-se encontrar associações entre os aspectos teóricos encontrados nas fontes pesquisadas, com situações práticas retiradas de narrativas de atendimentos a uma família monoparental feminina. Esse estudo apresenta um delineamento de caráter exploratório seguindo um enfoque qualitativo. O levantamento foi realizado a partir da busca de artigos indexados em bases de dados acadêmicos (PsycINFO; SciELO Brasil). Já, as narrativas são oriundas de depoimentos de uma mãe monoparental, que passou pelo processo de Terapia Familiar e consentiu em participar do estudo. O estudo confirmou que, em configurações familiares onde a mulher é a única responsável pela sua família, a lógica da estrutura e do funcionamento familiar é baseada na não-



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

biparentalidade e atravessada por questões de gênero. Antes de se constituir como uma opção, a monoparentalidade é atravessada por muitas consequências negativas, quando não é programada ou esperada por algumas mulheres. Nesses casos, o sofrimento das mães, acaba ocasionando problemas de auto-estima, sentimentos de culpa, fracasso e trazendo implicações na administração da tarefa parental e na qualidade de relacionamento com os filhos. Além disso, comprovou-se que a pressão cultural sobre as mulheres, no que concerne à competência na maternidade pode ser considerada como uma das mais fortes e persistentes, conforme apontado. Todos os procedimentos éticos envolvidos para o desenvolvimento deste trabalho foram devidamente tomados.

Palavras-chave: Família monoparental; gênero; terapia Familiar





III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Fatores de risco e de proteção para o consumo de drogas entre adolescentes

Charlize Naiana Griebler ¹

Luciele Hüber ¹

Katiani Pieczaki Pertile ¹

Ana Karina Luersen Machado ¹

Jeane Lessinger Borges ¹

¹ Sociedade Educacional Três de Maio (SETREM)

O uso de drogas na adolescência tem se tornado um problema de saúde pública, constituindo-se uma grave problemática social no mundo. A curiosidade, a influência do grupo de pares, o contexto familiar, os aspectos individuais e a mídia têm sido considerados alguns fatores de risco para o uso de drogas entre os adolescentes. Neste sentido, este estudo investigou os motivos pelos quais adolescentes brasileiros, oriundos da Região Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul experimentam drogas lícitas e ilícitas. Participaram nove adolescentes, com idades entre 13 e 16 anos ($M=14,11$; $D.P.=1,05$), de ambos os sexos, matriculados em uma escola da rede pública. A metodologia de Grupo Focal foi utilizada para embasar esta pesquisa, sendo que os temas abordados durante a intervenção grupal foram: “ser adolescente é?”, “O que penso das drogas...”, “O que leva um adolescente a usar drogas?”, “O que leva a não usar drogas?”, “Cigarro é droga?”, “Álcool é droga?”. O grupo focal teve duração de duas horas, sendo realizado mediante Termo de Concordância da Instituição e do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido dos pais ou responsáveis. Foi realizada uma Análise de Conteúdo das verbalizações dos adolescentes e, a partir disso, foram construídas as seguintes categorias semânticas: “*Drogas e grupo de pares*”, “*Drogas e as relações familiares*”, “*Drogas e os sentimentos*” e “*Drogas e o consumo*”. De um modo geral, observou-se de forma mais expressiva que o relacionamento familiar e o grupo de pares interferem na decisão referente à experimentação das drogas. A relação familiar apresentou-se como fator de proteção, sendo crucial para que o adolescente sinta-se acolhido e seguro. Em relação ao grupo de pares, os adolescentes apontam a influência deste para a experimentação, submetendo-se muitas vezes a sua dinâmica. Assim, torna-se fundamental desenvolver estratégias de



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

fortalecimento dos laços familiares, bem como trabalhar na prevenção do uso de drogas nas escolas e nas comunidades, atingindo os grupos de forma ampla, reduzindo fatores de vulnerabilidade, levando à redução da experimentação e do uso contínuo das drogas.

Palavras-chave: Adolescência; drogas; fatores de risco e de proteção





III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

O (não) exercício da paternidade: algumas considerações

Sabrina Daiana Cúnico ¹

Dorian Mônica Arpini ¹

¹ Universidade Federal de Santa Maria (UFSM)

Entende-se que o reconhecimento das profundas alterações sociais e da complexidade das relações familiares, exige estudos acerca da dinâmica familiar e das relações pais-filhos, hoje um desafio a enfrentar. O desenlace conjugal, mesmo quando consensual, acarreta uma série de mudanças no ambiente familiar, com alterações no desempenho dos papéis parentais e na relação entre pais e filhos. Todavia, é importante a consciência por parte dos genitores do que o que se reconfigura é o estado referente à conjugalidade e não à parentalidade. É sabido que, nos casos de separação conjugal, as mães são as principais beneficiadas no que diz respeito a guarda dos filhos. Entende-se que tal privilégio concedido a maternidade pode gerar dificuldades no exercício da paternidade, afastando o pai do convívio e da influência sobre os filhos após a separação. Desta forma, este estudo objetivou conhecer, através do discurso dos pais, as possíveis razões que os levam a abdicar do exercício da paternidade ao final da relação conjugal. Integraram este estudo cinco pais que participaram da mediação familiar em um Núcleo de Práticas Judiciárias e que ao longo dos atendimentos com a Psicologia demonstraram possuir pouco ou nenhum contato com os filhos. A pesquisa teve caráter qualitativo e foi realizada através da técnica de entrevistas semi-dirigidas de questões abertas. Os resultados encontrados apontam que nem todo o genitor irá se constituir pai de seus filhos, visto que a paternidade é relação construída para além dos traços biológicos. Por fim, infere-se que a ausência paterna pode estar ligada a uma impossibilidade destes homens em se colocarem afetivamente enquanto pai.

Palavras-chave: Ausência paterna; Relações familiares; Paternidade



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

**O diagnóstico organizacional em uma empresa prestadora de serviços: uma
intervenção psicológica**

Lilian Ester Winter ¹

Katiani Pieczaki Pertile ¹

Paula Desconzi ¹

Elisa Hermann ¹

Raquel Ribeiro ¹

¹ Sociedade Educacional Três de Maio (SETREM)

O diagnóstico organizacional permite uma visão global de uma empresa, sendo possível verificar a existência de problemas ou disfunções que estão afetando os resultados da organização, bem como fornece indicadores para ações interventivas que colaborem com a supressão de queixas. Frente a esse contexto, a pesquisa teve como objetivo realizar um diagnóstico organizacional em uma empresa do ramo de prestação de serviço em uma cidade do noroeste do RS, em que participaram do estudo 12 colaboradores. A pesquisa apresenta uma abordagem quantitativa, em que foram aplicadas duas escalas: Escalas de Clima Organizacional, que busca identificar como os trabalhadores percebem e atribuem significados à vida organizacional, e a escala de Avaliação do Contexto do Trabalho, que objetiva captar, tratar e analisar as representações que os colaboradores fazem do seu contexto de trabalho, e uma abordagem qualitativa na qual foi aplicado um questionário com questões abertas em que investigou-se os colaboradores quanto a pontos positivos e pontos a melhorar no ambiente de trabalho. A análise dos dados foi realizada através de Análise Estatística (escalas) e Análise de Conteúdo. Após análise e tabulação dos dados pode-se observar que a escala que investigou o Contexto de Trabalho apresentou o fator “Condições do Trabalho” como satisfatório, porém no item (equipamentos necessários para a realização das tarefas) o índice pontuou como crítico, o que corrobora com os relatos dos funcionários, uma vez que os mesmos apontam que a organização necessita acompanhar a modernização dos equipamentos. No que se refere ao fator “Relações Socioprofissionais” os itens (disputas profissionais e individualismo no ambiente de trabalho) classificaram-se como grave, podendo ser observado nos relatos dos



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

colaboradores uma vez que os mesmos pontuam que deve haver mais união, coleguismo e integração entre o grupo, confirmando assim o baixo índice no fator “Coesão entre colegas” na escala de Clima Organizacional. Em relação a escala de Clima Organizacional pode-se observar o baixo índice no que se refere as “recompensas”, ou seja, como estas são utilizadas pela empresa para premiar o desempenho do trabalhador, corroborando com a análise qualitativa, em que apresentou-se como pontos a melhorar pela organização as políticas de incentivo utilizadas, a valorização do trabalho desenvolvido, como também o reconhecimento pessoal dos colaboradores. Como ações interventivas, sugere-se atuar no desenvolvimento de equipe, a abertura de espaços de fala e escuta, bem como na melhoria de equipamentos.

Palavras-chave: Diagnóstico organizacional; Saúde do trabalhador; Contexto do trabalho





III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

“O livro da minha vida”: relato de uma experiência psicodramática

Katiani Pieczaki Pertile ¹

Luciele Cristina Huber ¹

Oriana Hadler ¹

¹ Sociedade Educacional Três de Maio (SETREM)

O presente trabalho ilustra o relato do desenvolvimento de uma vivência Psicodramática intitulada “O Livro de Minha Vida”. A vivência, de autor desconhecido, teve como fonte o site *educamais.com*, sendo que as modificações apresentadas foram de autoria das escritoras deste resumo. Tal técnica foi aplicada em distintos campos, tanto na Educação quanto na Saúde Coletiva com integrantes de um grupo de psicoterapia de uma Unidade Básica de Saúde de um município da região Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul. A análise é baseada na experiência com este último grupo em particular, por compreender a profundidade e riqueza terapêutica possibilitada por tal abordagem. As percepções foram registradas em um diário de bordo que subsidiou posteriormente discussões e análises produzidas a partir do viés psicodramático. Sob este enfoque, a Teoria do Psicodrama configura-se uma metodologia de investigação e intervenção nas relações interpessoais, nos grupos, entre grupos ou mesmo no relacionamento de uma pessoa consigo mesma. Nesse sentido, buscou-se respeitar as etapas de uma sessão psicodramática, sendo, inicialmente realizado um aquecimento, cujo objetivo foi à preparação do indivíduo para a ação; na sequência, as autoras convidaram o grupo para a dramatização em si, neste caso a técnica do ‘Livro de minha vida’; após, abriu-se para o compartilhamento ou *sharing*. A vivência teve a intenção de investigar os condicionamentos infantis e as expectativas de vida dos participantes, uma vez que a mesma retoma sua vida desde o nascimento até a morte, em que os participantes precisam pensar sobre toda sua história como se ela fosse um livro, realizando reflexões acerca de: como seria a capa, quantidade de páginas, assuntos importantes que fariam parte do sumário, os protagonistas, os coadjuvantes, os cenários, a trilha sonora, dentre outros. Como considerações finais, pode-se observar o quanto esta técnica, transformada à luz da filosofia moreniana – que prega o resgate da espontaneidade e a crença no potencial dos sujeitos – oportunizou um espaço de troca em



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

que os participantes puderam compartilhar suas próprias histórias com as dos colegas, transformando o modo como os sujeitos olhavam para suas vidas. A atividade foi mobilizadora, pois além dos participantes vivenciarem sua própria história, tiveram a oportunidade de conhecer mais profundamente os demais integrantes do grupo, colocarem-se no lugar do outro, bem como tomarem uma maior consciência individual sobre a percepção de seu papel no mundo.

Palavras-chave: Psicodrama; Psicoterapia de Grupo; Saúde Coletiva





III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

**Oficinas com adolescentes em uma escola aberta: discutindo sobre violência,
sexualidade, drogas e projeto de vida**

Patricia Jovasque Rocha ¹

Belinda Silva Pereira ¹

Cibele dos Santos Witt ¹

Dorian Mônica Arpini ¹

Mariana Dal Castel Lopes ¹

Sabrina Dal Ongaro Savegnago ¹

Suane Pastoriza Faraj ¹

Aline Cardoso Siqueira ¹

¹ Universidade Federal de Santa Maria (UFSM)

O presente trabalho apresenta um projeto de extensão que visa oferecer um espaço de reflexão a jovens em situação de vulnerabilidade estudantes de uma escola aberta em Santa Maria. Muitas vezes, os meninos e meninas que se encontram matriculados em escolas abertas estão em um processo de exclusão social acentuado, visto que já vivenciaram situações extremas, como uso de drogas e exposição à violência em suas trajetórias de vida. Em decorrência disso, torna-se necessário oportunizar um espaço positivo a esses jovens, um momento em que eles possam resgatar suas potencialidades e superar as expectativas negativas que carregam consigo. Olhar de forma positiva as potencialidades desses meninos e meninas, através da realização das oficinas, pode despertar seus processos de resiliência, entendidos como relacionados às respostas do indivíduo à sua realidade, frente a situações de risco ao desenvolvimento. Diante dessas situações estressoras, algumas pessoas desenvolverão distúrbios enquanto outras, em muitos momentos, conseguirão superar as dificuldades e se adaptar de forma satisfatória, apresentando processos de resiliência. Neste sentido, estão sendo realizadas oficinas quinzenais para os estudantes da escola aberta, onde abordam-se temas como violência, sexualidade, uso e abuso de substâncias e planos para o futuro, além de temas emergentes propostos pelos meninos, através de atividades lúdicas e utilização de recursos audiovisuais. Participam das oficinas meninos e meninas com idades entre 12 e 18 anos

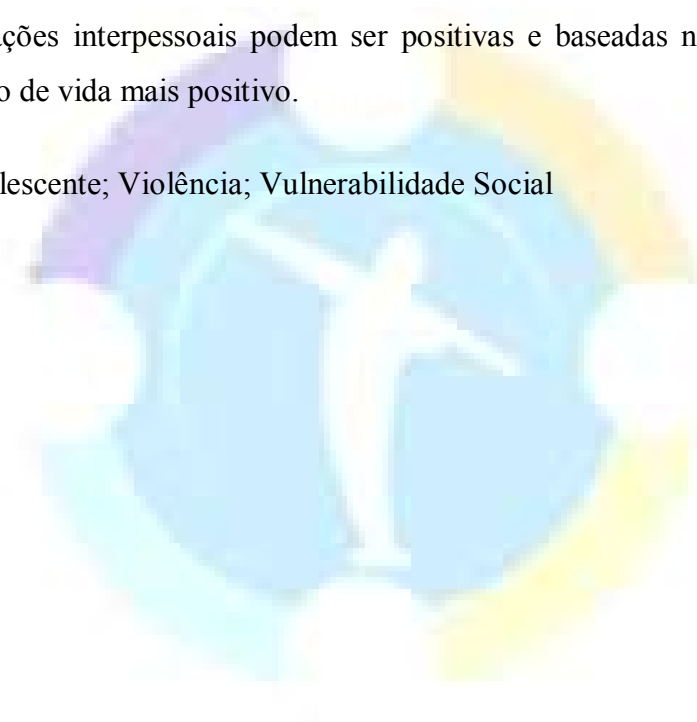


**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

incompletos que frequentam a instituição e que aceitaram o convite. Os adolescentes foram divididos em três oficinas: 1) para as meninas; 2) para os meninos de 12 a 14 anos; e 3) para os meninos de 15 a 18 anos incompletos. As acadêmicas de psicologia e mestrandas do PPG em psicologia da UFSM conduzem as oficinas em duplas. As professoras responsáveis pelo projeto de extensão realizam supervisões semanais grupais visando à avaliação parcial da oficina anterior e planejamento do próximo encontro. Ainda que as oficinas tenham se iniciado recentemente, e não se tenha resultados, espera-se que estas oficinas sejam positivas para os adolescentes participantes, oferecendo momentos positivos e lúdicos de interação, levando-os a superar suas histórias de violação de direitos, a perceber que as relações interpessoais podem ser positivas e baseadas na confiança e a pensar em um projeto de vida mais positivo.

Palavras-chave: Adolescente; Violência; Vulnerabilidade Social





III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Orientação profissional: planejando o futuro

Fernanda de Almeida Garbrecht ¹

Lilian Ester Winter ¹

¹ Sociedade Educacional de Três de Maio (SETREM)

O projeto de Orientação Profissional: PLANEJANDO O FUTURO faz parte de uma prática de estágio em psicologia com ênfase em promoção de saúde, com estudantes do 3º ano do ensino médio de uma escola particular da cidade de Horizontina – RS. O objetivo do trabalho foi oportunizar momentos de trocas, informações e reflexões acerca da futura escolha profissional desses jovens. Todo o projeto foi norteado pela abordagem sócio-histórica que no entendimento de Bock, Furtado e Teixeira, concebem o ser humano e seu mundo psíquico como construções históricas e sociais da humanidade. De acordo com Bock, o sujeito se humaniza no mundo social humanizado pelos seres humanos que o precederam. As concretizações da humanização estão nos objetos de cultura, nas atividades que se consolidaram como formas de atender às necessidades humanas, nas próprias necessidades que reconhecemos como humanas, na linguagem que utilizamos para pensar, planejar e se expressar e nas formas de relações sociais que se constitui como possíveis e adequadas para a reprodução da vida. “A Orientação Profissional deve olhar o indivíduo que escolhe uma profissão de modo a compreender que a escolha, que é do sujeito, é feita a partir de vários elementos que estão no meio social e que compõem a escolha”. Dessa forma, esse processo envolve bem mais que uma simples definição de uma profissão, é o momento em que se reeditam as vivências e experiências de cada um frente à escolha profissional. Esse trabalho foi operacionalizado em dois grupos de 15 estudantes cada um, e realizado em seis etapas: 1ª etapa - Autoconhecimento; 2ª etapa - Influência Familiar; 3ª etapa - O significado da escolha profissional; 4ª etapa - Informação Profissional; 5ª etapa - Visita às universidades; 6ª etapa - Técnicas de Ansiedade; Final - Escolhendo Profissões. Essa prática de estágio revelou que os jovens apresentam varias pré-concepções e dificuldades no momento da escolha profissional, apontando o desconhecimento em relação a profissão que desejam seguir, uma grande influência da mídia em valorizar



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

certas profissões que socialmente estão vinculadas ao sucesso, dinheiro e status, bem como, a influência forte dos pais. No decorrer do trabalho, foram identificados os medos, fantasias, conflitos e anseios dos adolescentes, conduzindo-os a uma escolha mais consciente, por meio do diálogo com seus pais, através de pesquisa sobre as profissões em que se reconheciam e desejavam seguir e a desconstrução de alguns paradigmas sociais que norteiam as profissões.

Palavras-chave: Orientação Profissional; Escolha profissional; Profissões





Os pais diante do tabu da sexualidade x o desejo de saber do adolescente

Sabrina Dal Ongaro Savegnago ¹

Dorian Mônica Arpini ¹

¹ Universidade Federal de Santa Maria (UFSM)

As modificações psicológicas que acontecem durante a adolescência, as quais estão diretamente relacionadas com as transformações corporais, geram uma nova relação do adolescente com seus pais e com o mundo. Tendo em vista que essa é uma fase de muitas transformações, as quais geram muitas dúvidas no adolescente, destaca-se a importância de que estas sejam ouvidas, debatidas e elucidadas pelos pais num ambiente marcado por compreensão, afeto e respeito. Este estudo se constitui num recorte de uma pesquisa que objetivou conhecer o entendimento de adolescentes de grupos populares sobre a relação entre sexualidade e a possibilidade de conversação deste tema na família. Realizaram-se grupos focais com meninas de duas escolas de ensino fundamental de uma cidade do interior do RS. Os dados foram analisados a partir do método de Análise de Conteúdo proposto por Bardin. As participantes destacaram que a sexualidade é um assunto pouco tratado na família e que a maioria dos pais não dá abertura para que este tema seja discutido. A maior parte das meninas afirmou que nunca tiveram um diálogo aberto sobre sexualidade com seus pais, tampouco receberam informações sobre o assunto. As adolescentes demonstraram ter curiosidade em relação a esse tema e costumam realizar tentativas para que ele seja tratado na família. Porém, na perspectiva das mesmas, nota-se que, diante destas tentativas, acontece uma “fuga” por parte dos pais com relação a esse tema. Dessa forma, elas acreditam que, para os pais, a sexualidade está vinculada a algo vergonhoso. Isto pode ser apontado como uma herança da época em que estes pais vivenciaram sua própria adolescência, já que muitas questões de sua própria trajetória ressurgem neste período. Um dos motivos pelo qual é tão difícil conversar abertamente sobre sexualidade é o fato de que esse tema é cercado por uma grande carga emocional e por vários preconceitos, mitos e tabus. Apesar da complexidade do tema, as adolescentes demonstram desejo de saberem sobre o assunto. Perante o silêncio dos pais, elas buscam outras fontes de informação e diálogo, sendo a principal delas os amigos. Destaca-se a



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

importância de programas de intervenção que visem trabalhar com pais a possibilidade de abertura para o diálogo sobre o tema.

Palavras-chave: Adolescência; Família; Sexualidade





Pessoas internadas por abuso de álcool/drogas em hospital psiquiátrico de Mato Grosso do Sul: perfil, padrão de consumo e acesso ao cuidado ambulatorial

Pedro Junior Rodrigues Coutinho ¹

Renata Bellenzani ¹

¹ Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS)

A Política de Atenção Integral em Álcool e Drogas preconiza o modelo de atendimento psicossocial, em rede de serviços ambulatoriais, com internações de acordo com critérios. Investigar o perfil sociodemográfico de pessoas que tiveram internação, nos últimos 3 anos, em hospital psiquiátrico de Paranaíba-MS, conveniado ao SUS, por abuso de substâncias; investigar padrão de consumo, acesso e modalidades de acompanhamento. Abordagem quanti-quali, cujo instrumento integra questionário e entrevista semi-estruturada gravada em áudio. Das 305 pessoas internadas de janeiro de 2008 a maio de 2011, 148 foram diagnosticadas com síndrome de dependência e/ou abstinência. Em amostra aleatória estima-se entrevistar 50% dessas; estudo em andamento, realizadas 19 entrevistas no domicílio. A maioria são homens (17); brancos (12); com idade de 24 a 71 anos (média: 39 anos); solteiros/sem relacionamentos ou separados (13); que não trabalham (15); com escolaridade baixa. Sobre as substâncias e o padrão de consumo: 7 por álcool e tabaco (2 negam uso de ambos; 3 em uso diário de ambas; 2 em uso diário só do tabaco); 1 por tabaco, álcool e maconha (refere uso semanal apenas do álcool); 1 por crack e álcool (nega uso atual de ambos); 2 por álcool (1 nega uso, 1 refere uso diário); 2 por tabaco (1, uso diário e 1, esporádico); 1 por uso de LSD; 5 por uso de múltiplas drogas (tabaco, álcool, crack, cocaína, maconha). Desses, 2 negam uso de qualquer substância, 1 fez uso de crack nos últimos três meses, 1 em uso diário de álcool e cigarro, 1 em uso de substância não especificada e 1 nega uso de drogas na vida. Sobre acesso a acompanhamentos na rede de saúde/saúde mental 7 vão ao CAPS, 2 à rede básica, 3 ao psiquiatra e/ou psicólogo; 7 sem nenhum acompanhamento. 12 dos 19 afirmam uso de psicotrópicos. Embora parciais, os resultados apontam o delineamento de um perfil predominante: homens, sem companhia familiar/conjugal/afetiva, com baixa escolaridade e sem atividade laboral, o que indica fragilidade da rede de suporte. A maioria se mantém



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

em uso de algum tipo de substância, indicando necessidade de ações de redução de danos e grupos de apoio, o que não ocorre. Aqueles que frequentam o CAPS o fazem pontualmente para consultas, sem atenção psicossocial mais ampla. A ênfase é no suporte medicamentoso, sem ações voltadas à inclusão educacional e profissional, tampouco para o fortalecimento de laços afetivos/familiares e comunitários.

Palavras-chave: Dependência química, Internações psiquiátricas, Consumo de álcool/droga, Atendimento





III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Políticas Públicas em Saúde: Movimentos sociais e participação

Sandra Maria Greger Tavares ¹

Nicole Nöthen de Oliveira ²

¹ Instituto de Saúde / Secretaria de Saúde de São Paulo e Instituto de Psicologia da
Universidade de São Paulo (IPUSP)

² Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (IPUSP)

Este trabalho tem como base a inserção das autoras em um projeto matricial, coordenado pela Professora Eda Tassara (LAPSI-USP) – com financiamento da FAPESP e do CNPq, intitulado “Formas organizativas de coletivos sociais e políticos em cidades latino-americanas: um estudo psicossocial do enraizamento no município de Jacareí – São Paulo”, contando com a participação de profissionais de várias áreas. Enquanto o projeto matricial investiga as formas de participação em movimentos sociais no referido território, buscando compreender suas relações com a noção de enraizamento (conforme expresso por Simone Weil), a discussão proposta pelas autoras tem como base dois sub-projetos de investigação - mestrado (com bolsa CAPES) e pós-doutorado (com apoio do Instituto de Saúde-SP), tendo como ponto de intersecção o método de coleta e análise de histórias de vida (percurso comentado/ itinerário – desenvolvido por Petiteau e Thibaud), utilizando-o para o estudo da participação em movimentos sociais, mais especificamente no âmbito da saúde. A construção de um espaço público democrático apóia-se numa gestão pública participativa que deve contribuir para o fortalecimento dos atores da sociedade civil, por meio da instauração de espaços de controle social do Estado, que repousam na participação de setores destituídos de outras formas de acesso aos espaços de decisão. No que tange à organização dos movimentos sociais em saúde, no Brasil, desde a promulgação da Carta Magna, em 1988, garantiu-se a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e, posteriormente, de inúmeros dispositivos, em destaque os Conselhos de Saúde, que sustentam a participação da comunidade na tomada de decisões pelo Estado, sendo um dos princípios organizativos do sistema. No entanto, há indícios de que a possibilidade de

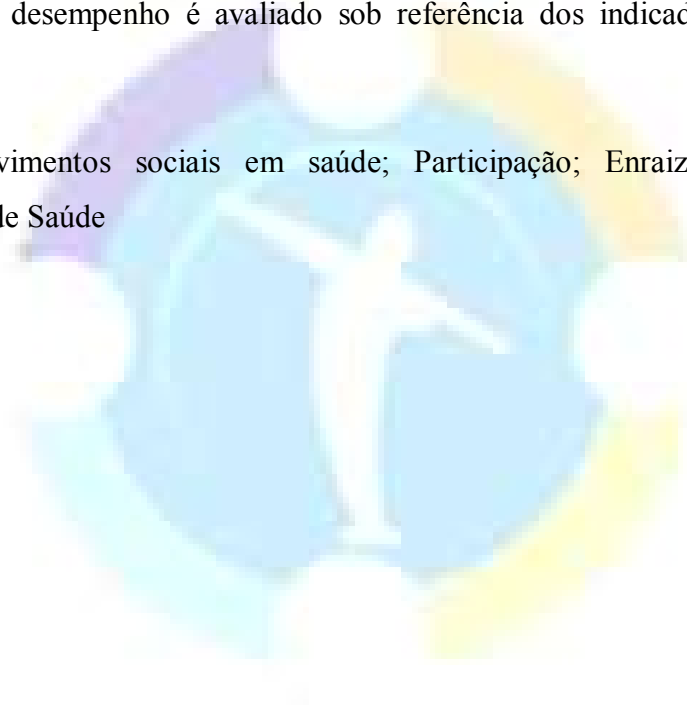


**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

participação da sociedade civil neste âmbito não garante o êxito da democratização da saúde. Considerando-se o conceito de saúde como potência de ação (construído a partir dos desenvolvimentos de autores brasileiros baseados nas idéias de Espinosa), evidencia-se sua articulação com a questão da participação, uma vez que, desta perspectiva, saúde – conforme as formulações de Bader Sawaia - implicaria a capacidade de pensar, sentir e agir com consciência de si (dos desejos e sentimentos, dos motivos) e consciência do mundo (de sua inserção no contexto social). O olhar lançado sobre o território aponta para a complexidade da compreensão histórica dos movimentos sociais no âmbito da saúde, delimitando a territorialização como uma condição essencial para o êxito das políticas públicas quando seu desempenho é avaliado sob referência dos indicadores sociais da população.

Palavras-chave: Movimentos sociais em saúde; Participação; Enraizamento; Saúde Coletiva; Conselhos de Saúde





III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

PROCONVIVE : Resultados em ações e subprojetos

Gabriela Zuchetto ¹

Cristiane Camponogara Baratto ¹

Caroline Matos Romio ¹

Hericka Zogbi Jorge Dias ¹

¹ Universidade Federal de Santa Maria (UFSM)

O projeto de implantação de espaço de convivência permanente para crianças e adolescentes usuários de um CAPS infanto-juvenil, denominado PROCONVIVE, é desenvolvido pelo Grupo Psicologia das Relações e Saúde da Universidade Federal de Santa Maria. Tem financiamento da Fapergs (PPSUS - DECIT/SCTIE/MS, CNPq, FAPERGS, SES/RS nº processo 09/0098-2). O projeto teve início em janeiro de 2009 e constitui-se em duas frentes complementares de ação: pesquisa e extensão. Torna-se relevante a realização de projetos acadêmicos em serviços de saúde, pois esse é um campo onde se colocam constantes desafios. Um dos materiais que norteia tanto o fazer em saúde quanto nossa prática nesse serviço é o da Clínica Ampliada (MS, 2004), que aponta para a urgência de se ampliar o processo saúde-doença, criando um espaço de escuta e cuidado, onde se promova a autonomia dos usuários frente a esse processo. Dentre os objetivos do projeto está o de implantar e instrumentalizar o ambiente de convivência permanente, tanto com recursos materiais quanto com dispositivos terapêuticos (oficinas, grupos etc.) e suporte à equipe de profissionais do CAPSi, e avaliar essa inserção através de pesquisa quanti e qualitativa com todos envolvidos. Os trabalhos de análise dos dados obtidos nessa pesquisa ainda estão em andamento, porém têm-se resultados parciais de subprojetos derivados do amplo projeto PROCONVIVE. O objetivo deste trabalho é apresentar estes produtos, que englobam projetos de extensão, graduação e mestrado. Alguns deles são: Testemunhando uma realidade através da lente: percepções sobre saúde mental infantil – GRADUAÇÃO; O trabalhador em saúde mental infantil: sentimentos e saúde – GRADUAÇÃO; Estresse e funcionamento psíquico de crianças usuárias de CAPS infantil – MESTRADO, IC; De conto em conto: histórias singulares em uma oficina terapêutica



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

sobre contos infantis no CAPSi – EXTENSÃO; Projeto Registrando Olhares: promoção de saúde mental através da fotografia – EXTENSÃO; Elaboração de Cartilha de Promoção em saúde mental infantil. Percebeu-se que estes subprojetos proporcionam um aprofundamento das informações obtidas a partir dos dados coletados com a pesquisa, apontam para a possibilidade de criação de outros subprojetos envolvendo as inúmeras variáveis ligadas ao CAPSi, bem como proporcionam um importante espaço de articulação Universidade/Serviço de saúde/Comunidade.

Palavras-chave: Infância; Saúde mental





III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

**Promoção de saúde a bebês atendidos em uma unidade de atenção básica: o olhar
voltado para indicadores de risco clínico ao desenvolvimento infantil**

Edinara Zanatta ¹

Rafaela Quintana Marchesan ¹

Dorian Mônica Arpini ¹

Caroline de Oliveira Mozzaquatro ¹

¹ Universidade Federal de Santa Maria (UFSM)

Este projeto de pesquisa realiza a observação da relação entre bebês, na faixa etária de zero a oito meses, e suas mães, ou quem cumpra a função materna, nos atendimentos realizados pelo Programa da Criança em uma unidade de atenção básica, com o intuito de detectar possíveis riscos ao desenvolvimento infantil de modo precoce. Durante a coleta de dados no local da pesquisa, são realizados períodos de observação da relação mãe-bebê, ou de quem cumprir a função materna, no momento em que o bebê é atendido no Programa da Criança. Posteriormente, efetua-se uma entrevista semi-estruturada com a mãe (ou cuidador), a fim de entender melhor como se dá essa relação. A observação, assim como as entrevistas realizadas com as mães, têm por base o instrumento proposto por Kupfer et al, chamado de indicadores clínicos de risco ao desenvolvimento infantil (IRDI). Assim, é realizado um estudo qualitativo com a intenção de compreender a visão de mundo dos participantes, refletindo como se dá a relação entre a criança e o cuidador naquele determinado estrato social, e buscando contribuir com formas de qualificar essa relação, pois se entende que ela é fundamental para o desenvolvimento saudável do bebê, tanto no aspecto psicológico quanto físico. A população alvo do projeto é composta por doze díades mãe-bebê, participantes do Programa da Criança, estando as crianças na faixa etária de zero a oito meses. Os resultados parciais vêm demonstrando-se satisfatórios, pois se vem percebendo o quanto as mães que participam da pesquisa sentem-se confortadas e seguras com este olhar sobre a relação com o seu bebê e sobre o desenvolvimento inicial deste último, diminuindo as angústias que surgem do papel de ser mãe. Além disso, o projeto está em conformidade com o Programa Primeira Infância Melhor (PIM), estando aliado a



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

uma preocupação atual em promover saúde, focando no período inicial do desenvolvimento por entender que este é a base para um crescimento saudável.

Palavras-chave: Desenvolvimento infantil; Relação mãe-bebê; Indicadores de risco





III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Promoção de saúde através do olhar para a relação mãe-bebê

Caroline de Oliveira Mozzaquatro ¹

Dorian Mônica Arpini ¹

¹ Universidade Federal de Santa Maria (UFSM)

O presente trabalho apresenta os resultados de um Trabalho de Conclusão de Curso que visou observar a relação mãe-bebê nos atendimentos realizados pelo Programa da Criança em uma unidade básica de atenção à saúde. Para a realização deste se fez três momentos de observação com cada díade mãe-bebê tendo por base os Indicadores Clínicos de Risco ao Desenvolvimento Infantil (IRDIs). Após a terceira observação, foi realizada entrevista semi-estruturada com as mães no intuito de compreender como se dá a relação mãe-bebê, levando em consideração que elas estão inseridas num determinado contexto social e cultural. As entrevistas seguiram um roteiro construído com base nos indicadores observados nos atendimentos. Integraram o estudo cinco díades mãe-bebê. Evidenciou-se que a complementaridade das técnicas de observação juntamente com a entrevista realizada com as mães foi importante, pois auxiliaram a compreender a relação mãe-bebê de forma mais completa e satisfatória. Tendo os IRDIs como base, não se pôde inferir uma predisposição de risco ao desenvolvimento aos cinco bebês. As mães mostraram-se preocupadas com seus filhos, adaptadas e identificadas com estes, reconhecendo as suas demandas através do choro e agindo ao encontro de satisfazer estas. Todas viram o momento da amamentação pelo seu aspecto emocional, enfatizando o quanto se sentiam gratificadas, e que foi corroborado pelo aparente estado de prazer apresentado pelos bebês quando amamentados. Nesse trabalho ressaltou-se o bom vínculo mãe-bebê presente na totalidade das díades, havendo investimento libidinal entre ambos. Por fim, constatou-se que todas as mães possuíam rede de apoio que as auxiliavam nos cuidados com os bebês, e que fornecia o apoio emocional essencial para todas as mães.

Palavras-chave: Desenvolvimento infantil; Relação mãe-bebê; Promoção de saúde



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Psicologia e clínica ampliada: análise de alguns impasses

Luciele Cristina Huber ¹

Katiani Pieczaki Pertile ¹

Charlize Naiana Griebler ¹

¹ Sociedade Educacional Três de Maio (SETREM)

A clínica ampliada vem sendo um grande desafio para diversos profissionais de saúde. Historicamente a clínica clássica/tradicional volta-se para um modelo mais homogêneo, influenciado pela medicina, com atenção voltada somente para a doença. Por outro lado, a clínica ampliada, como o próprio nome já diz “*amplia a clínica*”. A proposta de trabalho da clínica ampliada é baseada em uma equipe multiprofissional que vai atuar além da doença, vai trabalhar o sujeito, a família e o contexto de onde o usuário provém, trabalhando na promoção da saúde. Neste sentido, Dimenstein relata que o Psicólogo enfrenta impasses no campo de assistência à saúde, decorrentes de uma cultura profissional ainda voltada para uma clínica tradicional. As discussões sobre as interfaces entre Clínica Tradicional e Clínica Ampliada estão ancoradas nos referenciais teóricos da cartografia. Andrade & Romagnoli ponderam que a cartografia tem foco no singular, buscando mapear o transitório, o local, o campo de forças que acompanha determinada situação, visando a abarcar provisoriamente a complexidade que ali atua. O fio condutor para essas análises está na discussão das práticas das acadêmicas realizadas junto a Unidade Básica de Saúde – UBS, de um município da Região Noroeste do Rio Grande do Sul. Neste sentido, a partir da atuação da Psicologia junto às Políticas Públicas de Saúde, propôs-se discutir a instauração de uma Clínica Coletiva, Clínica Ampliada. Num contexto geral a *Clínica* ainda se encontra muito restrita, acontecendo somente “*entre quatro paredes*”, sob este direcionamento, constata-se que se faz necessária uma maior flexibilização das práticas de Psicologia junto às Políticas Públicas de Saúde, afim de que sua atuação esteja condizente com o proposto pelas Políticas Nacionais de Saúde, bem como possa contribuir na formulação e qualificação de políticas nesta área. Deste modo, aposta-se numa postura problematizadora frente as formações, que possibilite a promoção de práticas



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

transdisciplinares e transformadoras, a medida que as discussões estejam pautadas no coletivo, ou seja, implicadas na constituição de uma clínica que se quer ampliada.

Palavras-chave: Clínica Ampliada; Psicologia; Sistema Único de Saúde - SUS





III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

"Quinta Sonora": partilhando música e aprendizagem

Rodrigo Carvalho Carlotto ¹

Ciro Adilson Atzler ²

Ana Cristina Garcia Dias ¹

¹ Universidade Federal de Santa Maria (UFSM)

² Instituto Federal Farroupilha

¹ Universidade Federal de Santa Maria (UFSM)

A educação musical pode constituir-se em uma importante aliada para os indivíduos. Quando bem trabalhada, auxilia no desenvolvimento cognitivo e na promoção do bem-estar psicológico. A escola, entendida enquanto espaço institucional de transmissão e troca de saberes, pode ocupar-se desses aspectos e utilizá-los em prol da saúde física e psíquica de seus alunos. Nesse sentido, o Instituto Federal Farroupilha Campus Júlio de Castilhos desenvolve o Projeto “Quinta Sonora: partilhando música e aprendizagem”. Através do mesmo, os benefícios da música são trabalhados junto aos acadêmicos. Em 2011, fizeram parte desse projeto, na condição de aprendizes, dez alunos do Instituto Federal Farroupilha Campus Júlio de Castilhos e seis alunos da Escola Municipal de Ensino Fundamental Élio Salles. Além desses integrantes, contou-se com a colaboração de dois alunos bolsistas, que auxiliaram no desenvolvimento das atividades. De forma semanal, as aulas ocorreram no Campus, mantendo seus prolongamentos, com frequência quinzenal, na Escola Élio Salles. As idades dos participantes variavam entre 8 e 22 anos. Os bolsistas, bem como os demais alunos do Campus integrados ao projeto, tiveram a oportunidade de atuarem como educadores musicais na referida escola municipal. Esse contato proporcionou uma importante troca de saberes e vivências. Os acadêmicos do Campus JC, ora aprendizes, tiveram a oportunidade de também assumirem posturas de educadores. Ao longo desse processo perceberam-se avanços nos seguintes aspectos: autodisciplina, paciência, sensibilidade, coordenação motora, capacidade de memorização e concentração. Nesse sentido, entende-se que o Projeto “Quinta Sonora” atingiu seu objetivo principal: estimular práticas e vivências relacionadas à música. Para os participantes, os resultados observáveis



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

dessas atividades foram manifestados através dos ganhos de cunho comportamental (por exemplo: condutas menos agressivas em sala de aula) e emocional (por exemplo: maiores níveis de tolerância frente à elementos estressores). Com base nesses pontos, conclui-se que o aproveitamento dos alunos do Campus e da Escola Élio Salles de Júlio de Castilhos, durante o desenrolar do projeto, foi muito bom.

Palavras-Chave: Música; Aprendizagem; Educação





III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Serviço de higiene e limpeza hospitalar: considerações acerca do trabalho

Adelise Salvagni ¹

Alberto Manuel Quintana ¹

¹ Universidade Federal de Santa Maria (UFSM)

Este trabalho objetivou analisar de que forma as profissionais de um serviço de higiene e limpeza hospitalar representam sua prática. Utilizou-se a metodologia clínico-qualitativa para a coleta de dados, de forma que foram entrevistadas sete trabalhadoras de um serviço de higiene e limpeza hospitalar de um hospital-escola do interior do Rio Grande do Sul. Entrevistou-se as trabalhadoras que possuíam contato com pacientes oncológicos por trabalharem em setores específicos. A discussão foi guiada por pequenas intervenções, sendo utilizada a entrevista semidirigida, a qual se baseou em eixos norteadores. Os dados foram interpretados conforme a análise de conteúdo proposta por Bardin e complementada por Turato. Assim, realizou-se leituras flutuantes do material e foram categorizados os assuntos emergentes, segundo os critérios de relevância e repetição. A partir da análise das entrevistas, observou-se que o trabalho das mulheres é visto como repetitivo e cansativo por elas. Em relação à repetição, percebe-se que esta, apesar de causar cansaço, não apenas físico, mas também mental, é, ao mesmo tempo, o que mantém a higiene dos locais pelos quais elas são responsáveis. Assim, elas relatam ter que habituar-se ao trabalho repetitivo, já que este é inerente a sua prática profissional e também protege os pacientes oncológicos, pois estes não poderiam entrar em contato com a sujeira. Além disso, percebe-se a existência de sobrecarga de trabalho, pois a maior parte das entrevistadas possui outros empregos após a rotina de limpeza hospitalar, potencializando o cansaço. A atuação em outro local está associada à desvalorização deste trabalho, notadamente no âmbito financeiro. Ainda, o desgaste físico se justifica pelo cuidado do lar e dos filhos pelo qual a maioria é responsável, possuindo então jornadas duplas ou triplas de trabalho e tendo pouco ou nenhum tempo para o lazer. Dessa forma, verifica-se a importância de compreender melhor o trabalho das profissionais de higiene e limpeza hospitalar, para que sejam possíveis futuras intervenções nesse âmbito.



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Palavras-chave: Cansaço; Repetição; Serviço de higiene e limpeza hospitalar





III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Sexualidade e Velhice: relatos de singularidades

Ana Paula Benatti ¹

Ana Patrícia Griebler ¹

Simone Luisa Ludwig Zohler ¹

Lao-Tsé Bertoldo ¹

¹ Sociedade Educacional Três de Maio (SETREM)

Este estudo foi realizado no Curso de Psicologia da Faculdade Três de Maio – SETREM, tendo como objetivo principal compreender como os construtos de sexualidade e velhice estão sendo vivenciados por um grupo de senhoras entre 60 e 72 anos, que se reúnem semanalmente em um município do noroeste do Rio Grande do Sul. Foram realizadas entrevistas com as participantes tendo como método a Associação Livre, com base na Teoria Psicanalítica. As participantes puderam, por meio de uma roda de conversas, pensar suas experiências pessoais relativas à velhice e sexualidade. Para a entrevista, foram observadas as questões éticas, e a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em que as participantes nos deram o seu consentimento em participar. Verificou-se como o contexto histórico-cultural influenciava a vivência da sexualidade de cada época. Fortemente marcada por estigmas sociais como, por exemplo, o sexo ser considerado pecado. Foi observado, também, nos relatos, preocupações em seguir as regras impostas pela sociedade, uma vez que, condutas em relação à sexualidade, que não correspondessem aos costumes sociais, provocavam muita resistência da sociedade e, tornava-se vergonha para a família. Realizando um contraponto com a sexualidade vivenciada atualmente, afirmam que não há idade para exercitá-la e que existe muitas maneiras de amar, sendo a cumplicidade com o companheiro, uma delas. Quanto ao tema envelhecimento, percebeu-se muita resistência em sentir-se velho e falar sobre seu próprio envelhecimento. Quando trazido, o tema velhice parecia provocar angústia, pois estava muito associada à idéia de limitações e finitude. Compreende-se que em uma sociedade que valoriza o belo e o jovem, o que envelhece perde seu valor. Portanto, é neste momento da vida que o sujeito depara-se com



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

dificuldades orgânicas e psicológicas de um corpo que envelhece, com lutos e perdas e com a consciência de finitude é que o social deveria oferecer mais significações positivas da velhice, a fim de conferir um suporte nesta fase. Conclui-se que velhice e sexualidade ainda representam temas de pouca abrangência com os idosos. Assim, torna-se pertinente uma ressignificação do sentido da velhice na contemporaneidade, onde envelhecer pode ser considerado uma conquista e não algo a ser evitado. Nesta conquista muitos aspectos poderiam ser destacados, como no caso, um exercício da sexualidade na velhice onde a maturidade teria muito a acrescentar nas relações.

Palavras-chave: Psicanálise; Sexualidade; Velhice





III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Sistema prisional brasileiro e direitos humanos: os desafios da ressocialização

Fernanda Cristina Segatto ¹

Francieli dos Santos ¹

¹ Sociedade Educacional Três de Maio (SETREM)

O presente estudo teórico apresenta uma discussão sobre o funcionamento do Sistema Prisional brasileiro e, em especial, o do Rio Grande do Sul. A partir da pesquisa realizada, constata-se que ao longo da história o sistema prisional apresentou mudanças importantes. As prisões surgem com o objetivo de manter a sociedade segura, mantendo assim, os aprisionados isolados, sem nenhuma opção de defesa, apenas submisso a leis, condenados a uma pena indeterminada. Na atualidade a criação de Leis que asseguram a não violação dos Direitos Humanos, o direito de julgamento e um tratamento digno em prol da ressocialização, constituem medidas importantes que oportunizam aos detentos a preparação para uma nova trajetória na sociedade, mas, no entanto, não é ainda essa a realidade que as prisões oferecem. Com o aumento dos crimes previstos em Lei e falhas na gestão, a superlotação dos presídios se torna problema alarmante, submetendo os detentos a situações desumanas que auxiliam na descrença da recuperação e contribuem para a marginalização dos mesmos. Tendo em vista estas questões, esta pesquisa problematiza a situação atual dos presídios brasileiros, bem como as estratégias utilizadas para a recuperação dos detentos. Entende-se como importante a efetivação de ações no sistema prisional que levem em conta o respeito aos direitos humanos, a singularidade e a história de vida dos detentos.

Palavras-chave: Cárcere; Psicologia; Ressocialização



**Teatro Espontâneo no CRAS - Reflexões sobre um grupo terapêutico com
adolescentes**

Júlia L. Schapuiz ¹

Oriana H. Hadler ¹

¹ Sociedade Educacional Três de Maio (SETREM)

O principal objetivo deste trabalho é apresentar reflexões sobre um grupo terapêutico de adolescentes e as transformações nele ocorridas a partir de intervenções voltadas para o ‘Teatro Espontâneo’ e os ‘Jogos Dramáticos’ à luz da visão moreniana. O referido trabalho foi realizado com jovens adolescentes com faixa etária de onze a treze anos de idade, usuários de um Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) de um pequeno município localizado no noroeste do Rio Grande do Sul. A intenção de desenvolver práticas psicodramáticas com esses adolescentes se deu uma vez que o ‘Teatro Espontâneo’ insere-se como metodologia para despontar a criatividade em vários aspectos da vida, provocando respostas espontâneas para vicissitudes cotidianas, desenvolvendo formas saudáveis de relação, bem como a superação de fatos traumáticos através do ‘como se’. Sob o referencial moreniano, a criatividade e a espontaneidade caminham juntas e, a partir da vivência grupal, os jovens adolescentes tornam-se capazes de enfrentar situações novas com mais tranquilidade, criando respostas inovadoras e adequadas para cada momento. Dentro das diversas possibilidades que o Teatro Espontâneo nos proporciona, destaca-se o olhar às singularidades de cada membro integrante do grupo através da potencialização do sujeito, dialogando com os mesmos, buscando incitar a autonomia e a sociabilização do jovem. Ao serem trabalhadas questões emergentes do grupo através da dramatização, possibilita-se um espaço de convivência e transformação coletiva. Tal proposta de ação teve como principal eixo norteador o referencial sociopsicodramático, articulando-o para a prática no campo das políticas públicas infanto-juvenis. Nesses termos, utilizou-se a noção de Sociopsicodrama de Moreno como ancoragem teórico-prática, uma vez que este referencial considera como protagonista o próprio grupo que está sendo trabalhado. Como principal resultado deste trabalho observou-se o quanto os jovens



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

desenvolveram sua espontaneidade que, com o passar dos anos é embotada pelas conservas culturais de nossa sociedade. Além disso, ressalta-se o quanto os jovens foram capazes de lançar diferentes olhares para suas vidas. Desenvolver o trabalho ainda possibilitou que os jovens se colocassem no lugar do outro, nas mais variadas situações, algumas já vivenciadas e outras não. Desta forma, os jovens conseguiram desenvolver maiores habilidades na troca de papéis no seu cotidiano, favorecendo assim um desenvolvimento mais saudável e espontâneo.

Palavras-chave: Adolescência; Políticas Públicas; Teatro Espontâneo





III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

**Trabalho e adoecimento: refletindo sobre as práticas profissionais de agentes
comunitários de saúde**

Luciele Cristina Huber ¹

Katiani Pieczaki Pertile ¹

Charlize Naiana Griebler ¹

Ana Karina Luersen Machado ¹

Rita de Cássia Maciazeki Gomes ¹

Evandir Bueno Barasuol ¹

¹ Sociedade Educacional Três de Maio (SETREM)

O Agente Comunitário de Saúde (ACS) é um profissional que fortalece a integração entre os serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) e a comunidade. Este profissional em seu contexto de trabalho convive com a complexidade e as peculiaridades inerentes as suas funções, desta forma, é importante oferecer-lhes um espaço de fala, proporcionando trocas em relação às preocupações, os fracassos e vitórias cotidianas. Partindo deste pressuposto, este relato de experiência apresenta um encontro temático realizado com um grupo de Agentes Comunitários de Saúde de um município da região Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul. A prática teve como objetivo potencializar o Trabalho do Agente Comunitário de Saúde, com o intuito de discutir a realidade de trabalho desses profissionais, seus sentidos, significados, sonhos, desejos, crenças, valores e atitudes, bem como investigar o processo de trabalho e o desgaste psicobiológico deste trabalhador. As percepções foram registradas em um diário de bordo que subsidiou posteriormente discussões e análises produzidas a partir da cartografia. Como base de intervenção, utilizou-se a teoria do Psicodrama. O Encontro Temático teve a duração de três horas, sendo realizado em uma Unidade Básica de Saúde, mediante Termo de Concordância da Instituição e do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Este trabalho permitiu uma reflexão sobre a importância de considerar que os agentes “promotores” de saúde também são indivíduos que trazem consigo suas histórias e experiências que permanecem presentes no cotidiano de suas vidas, permeando suas práticas profissionais. Deste modo, o encontro



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

temático oportunizou um momento de diálogo e de abertura de um espaço em que os ACS puderam discutir sobre particularidades encontradas no trabalho, trocar experiências e juntos traçar encaminhamentos para questões comuns. Sendo assim, sugere-se o fortalecimento desses profissionais, uma vez que estes desenvolvem ações para promover o desenvolvimento integrado do ser humano e da comunidade, bem como minimizar os processos de desgaste e fortalecê-los para o enfrentamento de situações cotidianas.

Palavras-chave: Agente Comunitário de Saúde; Trabalho; Escuta





III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

**Uma Intervenção Psicológica Mediante um Diagnóstico Organizacional de uma
Empresa Moveleira**

Andréia Ziegler ¹

Beatriz Regina Pletsch ¹

Gabriela Lottermann ¹

Zuleica Strohschon ¹

Lilian Ester Winter ¹

Raquel Veronez Ribeiro ¹

¹ Sociedade Educacional Três de Maio (SETREM)

Este trabalho retrata uma prática de estágio realizada em um núcleo de consultoria de psicologia organizacional, no qual foi solicitado um diagnóstico para detectar pontos de melhoria para o desenvolvimento organizacional em uma empresa no ramo moveleiro da Região Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul. Os sujeitos da pesquisa foram 44 trabalhadores, os quais responderam individualmente as ferramentas utilizadas para o diagnóstico. Estas constituíram-se em: Escala de Contexto do Trabalho, que objetiva captar, tratar e analisar as representações que os colaboradores fazem do seu contexto de trabalho e Escala de Clima Organizacional, que busca identificar como os trabalhadores percebem e atribuem significados à vida organizacional. Também foram respondidas duas questões qualitativas a cerca dos pontos positivos e pontos de melhoria na empresa em estudo. A análise dos dados foi realizada por meio da análise estatística e análise de conteúdo. Os resultados da Escala de Contexto do Trabalho, quanto à organização do trabalho, apontam para questões críticas relacionadas à cobrança por resultados, ritmo de trabalho acelerado e existência de fiscalização do desempenho, que vão ao encontro do fator Controle/Pressão da Escala de Clima, em que os colaboradores sentem-se significativamente pressionados e controlados. O fator condições de trabalho da escala de contexto dá ênfase ao barulho no ambiente de trabalho e a escala de clima aponta no aspecto conforto físico com resultado satisfatório. Quanto às relações socioprofissionais, a Escala de Contexto de Trabalho apresenta resultado crítico, destacando disputas profissionais no local de trabalho, conflitos no ambiente de trabalho e individualismo.



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Quanto ao aspecto recompensas na Escala de Clima, preponderam índices que apontam para um nível baixo quanto à satisfação relacionada às recompensas, ao esforço e ao desempenho do trabalhador. É importante mencionar que nas questões qualitativas, destaca-se a falta de reconhecimento e de elogios que estão diretamente vinculados à questão da recompensa e valorização e também questões relacionais conflitivas entre equipes e lideranças. O diagnóstico teve como objetivo oportunizar uma reflexão e análise em relação à realidade organizacional, revendo as práticas realizadas, bem como implementando novas ações para a melhoria do ambiente, da organização e das relações de trabalho. Desta forma, foram propostas ações relacionadas ao desenvolvimento de lideranças e equipes, bem como, melhorias no ambiente físico e na introdução de exercícios ergonômicos indo ao encontro das demandas encontradas e da melhoria da qualidade de vida dos trabalhadores.

Palavras-chave: Diagnóstico organizacional; Contexto de trabalho; Psicologia



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Vida de mulher: vivências de cativo e de libertação em histórias de vida

Fabiana Verza ¹

Cristiane dos Santos Schleiniger ¹

Gustavo Affonso Gomes ¹

Marlene Neves Strey ¹

¹ Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS)

O presente trabalho é baseado na pesquisa “Vida de Mulher: Intensificando a busca do conhecimento sobre as mulheres”, desenvolvido no Grupo de Pesquisa “Relações de Gênero” do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da PUCRS e coordenado pela profa. Dra. Marlene Neves Strey. O estudo buscou investigar, desde a perspectiva dos estudos de gênero, como se dão os processos de construção dos espaços sociais e de formação das identidades das mulheres. A partir da teoria dos processos de diferenciação de Bowen, teoria da individuação de Levinson, e teoria do espaço consciente de Burlae, buscou-se investigar quais os fatores, dentro do ciclo vital, que limitam e tornam as mulheres cativas de normas, papéis e comportamentos impostos dos quais não conseguem se libertar; o que as auxiliam a superar as desigualdades, proporcionando o empoderamento; e quais as habilidades ou limitações adquiridas ao longo do ciclo vital e utilizadas na construção de suas histórias de vida. Esta pesquisa foi desenvolvida desde um enfoque qualitativo, e utilizou-se do modelo de entrevista biográfica proposta por Gersick & Kram, para investigar 6 mulheres de diferente perfil sócio-econômico, todas acima de 40 anos. Os dados obtidos nas entrevistas foram analisados à luz da análise do discurso, preconizado por Rosalind Gill. Os resultados indicam que, embora as vivências das mulheres entrevistadas sejam diferentes, observa-se em seus relatos, aspectos que convergem para temáticas semelhantes. Exemplo disso é a ênfase na família, trabalho, realização pessoal, medos, desejos, expectativas e frustrações. A forma como essas mulheres se percebem e se posicionam no mundo está marcada por vivências de cativos, muitos deles presentes no discurso, mas não reconhecidos como tal. As buscas por libertação também não são explícitas e para muitas mulheres está posta na independência financeira e profissional. De uma maneira geral, foi possível compreender como é a “vida



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

de mulher” desde a perspectiva de mulheres que já viveram o suficiente para compartilhar vivências e experiências importantes para ampliar o conhecimento dentro da temática dos estudos de gênero.

Palavras-chave: Mulher, Cativoiro, Libertação





**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Trabalhos Completos





III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

**(Re)apropriação da infância: reflexões sobre o processo de subjetivação de meninas
em um projeto social**

Francieli Brönstrup ¹

Rita de Cássia Maciazeki Gomes ¹

¹ Sociedade Educacional Três de Maio (SETREM)

RESUMO

No presente artigo, pretendemos discutir a partir de um recorte teórico-prático de cunho reflexivo, as vivências do estágio específico da graduação em Psicologia, realizado junto a um projeto social, de um município da região noroeste do RS, durante o primeiro e segundo semestre de 2011. O objetivo desse trabalho é a problematização do modo como a infância vem sendo produzida junto a esse projeto social, sobretudo, no que diz respeito às meninas. A partir das reflexões suscitadas pelas vivências, registradas em diário de bordo, discute-se a história de três meninas, com idades entre 10 a 11 anos, acompanhadas durante esse estágio e que chamam atenção por suas vidas marcadas por aquilo que nós denominamos de um “amadurecimento” precoce. Essa situação se reflete na própria construção de um projeto de vida, uma vez que se observou que esse se mostra de forma linear e, na maioria das vezes, inclinado a repetição do contexto familiar. E mais do que isso, o projeto de vida que elas tem produzido está diretamente associado à realidade na qual estão inseridas: precisam cuidar dos irmãos, assumir responsabilidades pela casa, pelas mães e além disso, vivem em uma realidade que está vinculada, muitas vezes, a um contexto de agressões. Frente a essa situação, percebe-se que um dos efeitos do “amadurecimento” precoce é a sexualidade aflorada. A partir desta problemática, a grande questão que se tem colocado é como compor estratégias em Psicologia que sejam potentes diante dessa realidade? Pensar como se dá esse processo de produção de subjetividade nessas meninas em circuitos de vulnerabilidade, parece-nos um bom início, uma vez que permite compreendermos, um pouco melhor, seus modos de vida e o seu processo de constituição.



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Palavras-chave: Psicologia; Subjetividade; Infância

1. INTRODUÇÃO

*“Porque a vida, a vida, a vida,
a vida só é possível
reinventada”
(Cecília Meireles)*

Esse artigo se propõe a discutir questões referentes ao processo de subjetivação de meninas participantes de um projeto social da região noroeste do Rio Grande do Sul, a partir das vivências do estágio específico I e II do Curso de Psicologia da Faculdade Três de Maio – SETREM.

O conceito de subjetivação é aqui tomado como “a produção dos modos de existência ou estilos de vida” (Deleuze, 1992, p. 147). Remete sempre a uma ideia de movimento, de processualidade. Em outras palavras, “pensar a subjetividade como produção é pensá-la em sua multiplicidade, em modos que não se totalizam” (Benevides, 2009, p. 321). A mesma autora ainda fala em componentes de subjetivação que seriam tanto da ordem extraindividual, ou seja, os sistemas econômicos, sociais, ecológicos, entre outros, como de ordem infrapessoal, isto é, os sistemas perceptivos, de afeto, de desejo, entre outros.

Refletir sobre o processo de subjetivação dessas meninas remete também a reflexões acerca da própria concepção de infância no mundo contemporâneo. Entende-se que o conceito de infância é uma construção histórica que está diretamente associado aos valores que marcaram a sociedade em diferentes épocas. Nesse sentido, a discussão, aqui apresentada, considera a infância a partir de Hillesheim e Guareschi (2007), que ao tomar a infância enquanto invenção, apontam ser necessário considerar o sujeito infantil como constituído nas e pelas práticas culturais.

As mesmas autoras também concebem a infância enquanto uma construção discursiva, nesse sentido, não se parte apenas do viés das crianças, mas se articula igualmente a construção discursiva da família, dos pais, das mães, das escolas, de toda uma rede na qual a criança se insere, o que vai tecendo diferentes modos de ser. Do mesmo modo, também o discurso da Psicologia sobre a infância produz determinados modos de ser criança, sendo que muitas vezes este anuncia uma concepção de infância dita normal e



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

desejada, sendo o contrário também verdadeiro (Hillesheim & Guareschi, 2007). O olhar que se lança sobre a infância, nesse estudo, também parte de uma visão que vai além do próprio conceito de infância, e que se volta para cada criança em sua singularidade, em seu contexto sócio familiar, em seu modo próprio de gerir a vida.

2. METODOLOGIA

O trabalho teve início através de um processo de inserção e familiarização no local de estágio, no qual se procurou compreender o funcionamento da instituição a fim de propor in(ter)venções. O projeto social é desenvolvido pela Brigada Militar e atende cerca de cinquenta crianças e adolescentes entre 10 a 15 anos de idade, sendo a maioria em situação de vulnerabilidade social. Percebeu-se o caráter do militarismo, da ordem e do controle e, as relações de poder, enquanto forças permanentes nessa instituição. Logo, as ações desenvolvidas estiveram associadas, principalmente, à constituição de espaços de escuta e a formação de vínculos com as crianças e adolescentes, a fim de penetrar a lógica rígida imersa nas práticas cotidianas da instituição.

Nessa perspectiva, o estágio envolveu uma série de atividades, dentre as quais o trabalho com as crianças e adolescentes, através de atendimentos individuais e trabalhos em grupo; o trabalho com as famílias, através de encontros mensais e visitas domiciliares; e ainda o trabalho com a rede de atenção, que se potencializa à medida que preconiza o atendimento integral da criança ou adolescente e de sua família.

O presente texto faz parte de um recorte desse projeto de in(ter)venção de estágio realizado de fevereiro a dezembro de 2011, junto ao projeto social. Participavam das ações cerca de cinquenta crianças e adolescentes, sendo que foram tomadas enquanto dispositivo as histórias de três integrantes do projeto, acompanhadas durante este percurso através de atendimentos individuais, trabalhos em grupo, visitas domiciliares, acompanhamento das famílias e contato com a rede de atenção.

As atividades desenvolvidas seguiram os pressupostos da pesquisa-intervenção, pautadas, sobretudo, em uma perspectiva cartográfica. A pesquisa-intervenção rompe com os modelos tradicionais de pesquisa e propõe uma ação transformadora da realidade, consiste, também, em uma produção do grupo, na qual a relação entre pesquisador e “objeto pesquisado” ocorre de forma dinâmica e define os próprios caminhos da pesquisa



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

(Rocha & Aguiar, 2004). Já a cartografia é um método proposto pelos filósofos franceses Gilles Deleuze e Félix Guattari (1995) que tem em vista o acompanhamento de um processo, e não a representação de um objeto, logo versa sempre sobre um processo de produção (Kastrup, 2007). Nesta perspectiva, a pesquisa “[...] se faz por pistas que orientam o percurso da pesquisa sempre considerando os efeitos do processo do pesquisar sobre o objeto de pesquisa, o pesquisador e seus resultados” (Passos & Barros, 2010, p. 17).

No processo cartográfico, o que vale é “[...] a experiência entendida como um saber-fazer, isto é, um saber que vem, que emerge do fazer (Passos & Barros, 2010, p.18). E é nesse sentido que emergem possibilidades de traçar um caminho metodológico, no qual pesquisar, intervir e transformar são possibilidades de experimentação da realidade, sempre em movimento, sempre em transformação.

A partir de um recorte da realidade, esse artigo objetiva problematizar as reflexões suscitadas a partir das vivências de estágio, registradas em diário de bordo, na qual chama atenção o modo como a infância vem sendo constituída e/ou produzida, sobretudo, no que diz respeito às meninas. Apresenta-se, portanto, a história de três meninas com idade entre dez e onze anos, acompanhadas durante esse estágio e que chamam atenção por suas vidas marcadas por um “amadurecimento” precoce. Essas meninas, que aqui são chamadas de Mariana², Alice e Bruna, desde muito cedo tem assumido responsabilidades outras que as obrigaram a encurtar um período crucial do desenvolvimento denominado de infância.

3. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Apresenta-se, a seguir, de forma sintética, a história das três meninas acima mencionadas. Os recortes foram compostos a partir do acompanhamento e escuta das narrativas das meninas registradas em diário de bordo (Benevides & Passos, 2010). Observa-se, que a escuta que se fez, não parte de um viés terapêutico, e que quando da necessidade de um acompanhamento terapêutico sistemático, realizou-se o encaminhamento para o Serviço Clínica-Escola de Psicologia SETREM – SERCEPS.

² Todos os nomes utilizados no transcorrer do texto, são nomes fictícios utilizados para preservar a identidade das meninas.



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Cena 01

Mariana, 11 anos, pais separados, morava com a avó materna que apresentava limitações físicas, inclusive aguardando o procedimento cirúrgico; era cuidadora dos seus tios, que inclusive são menores que ela. No projeto, Mariana, por vezes, se mostrava agressiva com os colegas, tanto verbal quanto fisicamente. Algumas meninas demonstravam medo dela e não queriam ser sua amiga. Mariana tem em sua história a marca do abandono. Quando pequena morava em uma cidade distante com a mãe e o padrasto, sendo que era agredida por este e seu filho. Assim, por uma intervenção do Conselho Tutelar juntamente com a escola, que descobrira a agressão, sua guarda foi entregue para a avó, que apesar de ter ficado com sua tutela não escondia o desagrado em criar a menina, pois esta só lhe causava “problemas”. Em certa ocasião, Mariana fugiu de casa com o namorado, um menino de sua idade, indo morar com ele. Depois de dois dias foi localizada pelo Conselho Tutelar e novamente entregue para a avó materna. O motivo para a fuga foi a possibilidade de ter que morar novamente com a mãe que retornara para a cidade, residindo próximo a casa da avó, e cujo padrasto era usuário de drogas e agredia a mãe. Mariana entrou em contato com o pai, e ao final do estágio esperava ansiosamente o dia este viesse buscá-la a fim de recomeçar a vida em outro lugar.

Cena 02

Alice, 10 anos, vivia a espera do pai que saiu de casa e não mais voltou. O pai já havia abandonado a família outras vezes, porém em determinado mês sempre retornava, e eis que depois de longa espera a porta ainda continuava aberta e seu lugar a mesa ainda vago, desconfiavam que ele pudesse ter outra família. Antes de sua saída de casa, a mãe frequentemente estava adoentada, sofria com crises sérias de hipertensão, que a impossibilitava de trabalhar, e Alice, “precisava” se responsabilizar pelos afazeres domésticos e pelo cuidado dos irmãos. Com o desaparecimento do pai, a mãe apresentou significativa melhora e conseguiu um emprego em uma indústria da cidade, sendo que por este motivo, Alice precisava mais uma vez responsabilizar-se pela casa, e sendo assim, começou a faltar com frequência ao projeto para ficar com o irmão mais novo.

Cena 03



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Bruna, 11 anos, pais separados, vivia com a mãe e o irmão mais velho. A mãe cria os filhos com dificuldades financeiras e limitações físicas. O pai relacionava-se com outras mulheres em sua frente. Em certa ocasião, Bruna relatara que seu maior sonho é ser mãe aos quinze anos. Bruna é considerada o “problema” da turma, falava palavrão, brigava com as colegas, apresentava dificuldades de concentração, não trazia o material e não realizava as atividades propostas. Bruna gostava de chamar atenção dos meninos e de paquerar e ser paquerada por eles, em certa ocasião relatara já ter experimentado cigarro e bebida alcoólica. Também já teve a primeira relação sexual; não conseguia estabelecer diálogo com a mãe.

Mariana, Alice e Bruna! Meninas como tantas outras que vivenciam em seus corpos a marca de uma infância atravessada por problemas sociais, econômicos e familiares. Meninas que ao início das in(ter)venções diziam-se sem sonhos, sem perspectivas de futuro; quando indagadas sobre seu projeto de vida, observou-se que esse se mostrava de forma linear e, na maioria dos casos, inclinado a repetição do contexto familiar. Também se observou que o projeto de vida por elas produzido estava diretamente associado à realidade na qual encontravam-se inseridas, qual seja: precisavam cuidar dos irmãos, assumir responsabilidades pela casa, pelas mães e além disso, viviam em uma realidade que estava vinculada, muitas vezes, a um contexto de agressões.

Nesta perspectiva, percebe-se que o trabalho doméstico é um fazer cotidiano dessas meninas, o que difere dos meninos do grupo, que não carregam tal obrigação. Nesse sentido, compreende-se que apesar da mulher ter conquistado seu espaço no mercado de trabalho, as atividades domésticas estão ainda vinculadas diretamente à figura feminina. Sendo que, na ausência da mãe, estas atividades são, desde muito cedo, destinadas às meninas, que alegam não serem mais crianças pelas responsabilidades que carregam em casa e, ao mesmo tempo, por não mais se envolverem em brincadeiras de cunho infantil.

Frente a essa situação, percebe-se que um dos efeitos desse “amadurecimento” precoce está associado à sexualidade vivenciada de forma muito intensa. Com onze anos de idade, essas meninas demonstram a necessidade por afeto, através das paqueras com os meninos, inclusive algumas já tendo a primeira relação sexual e outras “planejando” uma gravidez extremamente precoce. Fato esse, que pode estar associado ao cuidado da casa, dos irmãos e dos afazeres domésticos, uma vez que no imaginário dessas meninas, casar



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

cedo (ou morar com o cônjuge) representa a saída de casa e a possibilidade de uma vida com mais liberdade e autonomia.

Diante desse contexto, a grande questão que se tem colocado é como compor estratégias em Psicologia que sejam potentes diante dessa realidade? Pensar como se dá o processo de produção de subjetividade nessas meninas em circuitos de vulnerabilidade, parece-nos um bom início, uma vez que permite compreendermos um pouco melhor seus modos de vida e seu processo de constituição.

Benevides parafraseando Rolnik aponta que “assim vamos nos criando, engendrados por pontos de vista que não são nossos enquanto sujeitos, mas das marcas, daquilo em nós que se produz nas incessantes conexões que vamos fazendo (Rolnik, 1993 apud Benevides, 2009). Nesse sentido, procurou-se agenciar os modos de produção de subjetividade dessas meninas à aquilo que Benevides (2009, p. 35) denomina “modos-grupos-múltiplos-coletivos”. Em outras palavras, trata-se de uma escolha ético-estético-política de dar visibilidade para as forças sociais, econômicas, culturais, políticas e psicológicas com as quais essas meninas encontram-se conectadas.

Desse modo, a partir de uma escuta dessas meninas em sua integralidade, buscou-se realizar uma prática pautada no respeito a suas singularidades, aos seus modos próprios de ser e existir. Nesse sentido, trabalhou-se no grupo em uma perspectiva lúdica, na qual através do brincar buscou-se estabelecer a relação com o outro e consigo mesmo. Para tanto, utilizou-se da produção e problematização de desenhos, práticas de escrita, trabalhos com argila, onde foram modelados os seus sonhos e jogos diversos.

Também se trabalhou em parceria com os pais, sendo que através das visitas domiciliares e dos encontros mensais, procurou-se instigá-los para o cuidado e o afeto para com seus filhos. As visitas domiciliares, sempre agendadas previamente com o consentimento da família, aconteceram em uma postura de respeito, permitindo um vínculo maior com as meninas e suas famílias, sendo que além de conhecer o contexto familiar foi possível apreender a realidade sociocultural. Já os encontros de pais, tiveram por objetivo problematizar com eles as mais diversas facetas da infância/adolescência, escutando suas dificuldades e construindo no coletivo, possibilidades de aproximações entre pais e filhos.

Observa-se que as famílias apostam no projeto social enquanto potência transformadora na vida das filhas, uma vez que se referiam ao projeto enquanto espaço de



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

proteção e crescimento para essas crianças, portanto sempre nos receberam bem em seus lares e se fizeram presente nos encontros, possibilitando um trabalho conjunto.

Compreende-se que o projeto contribui com o desenvolvimento dessas crianças, através de um espaço onde lhes é oferecido uma série de atividades, tais como esporte, música, informática e defesa pessoal. Porém por outro lado, o fato de o projeto estar vinculado a reprodução de uma lógica militar, do controle e de relações hierarquizadas, acaba por reproduzir modelos hegemônicos de comportamentos. Nesse sentido, convém retomar o as ideias abordadas no início desse texto, quando Hillesheim e Guareschi (2007) apontam ser necessário compreender o sujeito infantil como constituído nas e pelas práticas culturais. Observa-se que tanto o contexto familiar, marcado pelos afazeres domésticos e pela sexualidade aflorada, quanto às práticas institucionais do projeto social, corroboram para uma forma singular de concepção social da infância, bem como para os modos de subjetivação dessas meninas.

Deleuze considera que “pode-se com efeito falar de processo de subjetivação quando se considera as diversas maneiras pelas quais os indivíduos ou as coletividades se constituem como sujeitos” (Deleuze, 1992, p. 221). Nesse sentido, enfatiza-se que as in(ter)venções realizadas, tanto no que se refere as meninas, suas famílias, a rede e a própria instituição mantenedora do projeto social, vieram a compor enquanto estratégias potentes em Psicologia, uma vez que a escuta, a reflexão e a problematização do modo de vida dessas meninas bem o como caráter lúdico adotado nos encontros, foram tomados enquanto possibilidade concreta de instauração de outras escolhas, para além do que estava previsto, dado como óbvio em suas vidas.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Buscou-se nesse texto, discutir a partir de um relato de experiência de estágio, as trajetórias de vida de meninas de um projeto social e o seu processo de subjetivação.

Aponta-se que o retrato da realidade na qual estão inseridas imprime nessas meninas um modo próprio de tecer a vida, sendo que em muitos casos, essa realidade está associada à impossibilidade de diálogos e de afeto.

Nesse sentido, o trabalho da Psicologia nesse contexto abre espaço para que as meninas sejam vistas e escutadas, demonstrando a relevância de compor estratégias que



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

contemplem a sua realidade e da mesma maneira, da Psicologia enquanto facilitadora do estreitamento de laços com a rede de proteção a fim de traçar, através de um trabalho conjunto, possibilidades concretas de mudança na vida dessas meninas.

Em todos os trabalhos desenvolvidos com as meninas percebeu-se nelas, formas singulares de ser e estar no mundo, sendo que a partir de um olhar que, sobretudo, acredita e aposta no potencial de cada uma, se tornou possível trabalhar em uma perspectiva de promoção de saúde e qualidade de vida para as meninas e suas famílias. Ressalta-se que a perspectiva lúdica dos encontros, possibilitou um espaço onde essas meninas pudesse se (re)conhecer, compartilhar com o grupo os seus conflitos e ao mesmo tempo ressignificar suas vivências.

Acredita-se que ao final das in(ter)venções, produzidas nesse caminho cartográfico, as meninas, cada uma a seu tempo e ao seu modo, conseguiram reconhecer-se enquanto sujeitos em potencial, capazes de sonhar e traçar um projeto de vida. Nesse sentido, os estudos, o brincar e o cuidado para com a saúde formaram o tripé pelo qual se almeja que concretizem o projeto de vida traçado.

REFERÊNCIAS

- Benevides, R. D. B (2009). *Grupo: a afirmação de um simulacro*. Porto Alegre: Sulina.
- Benevides, R.D.B. & Passos, E. Diário de bordo de uma viagem-intervenção. In: Passos, E., Kastrup, V. & Escóssia, L. (2010). *Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. Porto Alegre, ed. Sulina.
- Deleuze, G. (1992). *Conversações*. São Paulo: Ed. 34.
- Deleuze, G. & Guattari, F. (1995). *Mil platôs – capitalismo e esquizofrenia*. São Paulo: Ed. 34.
- Hillesheim, B. & Guareschi, N. M. F. (2007). De que infância nos fala a psicologia do desenvolvimento? Algumas reflexões. *Psicologia da Educação*, 25, 75-92.
- Kastrup, V. (2007). O funcionamento da atenção no trabalho do cartógrafo. *Psicologia & Sociedade*, 19, 15-22.
- Passos, E. & Barros, R. B. A cartografia como método de pesquisa-intervenção. In: Passos, E., Kastrup, V. & Escóssia, L. (2010). *Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. Porto Alegre, ed. Sulina.



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Rocha, M. L. & Aguiar, K. F. (2003). Pesquisa-intervenção e a produção de novas análises. *Psicologia: ciência e profissão*, 23, 64-73.





III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

“É pegar ou largar!”: o coping nos transplantados cardíacos

Paula Moraes Pfeifer ¹

Patricia Pereira Ruschel ²

¹ Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM)

² Instituto de Cardiologia/ Fundação Universitária de Cardiologia (IC/FUC)

RESUMO

A realização do transplante cardíaco melhora significativamente a qualidade de vida do paciente, no entanto, mobiliza sentimentos ambíguos e ansiedades intensas. Para lidar com isso, cada indivíduo utiliza estratégias de enfrentamento, que influenciam nos comportamentos de adesão ao tratamento. Assim, este estudo almeja verificar quais são as estratégias de enfrentamento utilizadas por transplantados e se elas estão relacionadas à percepção da doença e do transplante. Para tanto, trata-se de estudo transversal com análise quantitativa e qualitativa. Constituiu-se amostra de 32 pacientes avaliados pela Escala Modos de Enfretamento de Problemas e questionário sócio-demográfico; e 5 destes foram sorteados para entrevista. Realizou-se a avaliação da consistência interna da escala, cruzamentos entre as variáveis e os estilos de *coping* e a análise de conteúdo das entrevistas; relacionando os resultados ao discurso dos participantes. Os transplantados utilizaram todos os estilos de enfrentamento, predominando o focalizado no problema. Nos participantes que receberam preparo psicológico houve aumento significativo do enfrentamento focalizado no problema e na busca de suporte social. Entretanto, naqueles que não receberam preparo houve aumento significativo da utilização do enfrentamento focalizado na emoção. Através do método de Bardin, revelaram-se como categorias: Doença; Reação ao chamado; Transplante; Fantasias; Pós-operatório; A Equipe e Enfrentamento com o transplante. Portanto, conclui-se que os transplantados cardíacos fazem uso de todos os estilos de *coping*, predominando a utilização de enfrentamento focalizado no problema. Os participantes que receberam o preparo psicológico utilizaram



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

maior número de estratégias de enfrentamento ativas, o que evidencia a importância do acompanhamento psicológico durante o processo.

Palavras Chaves: Transplante; Cardiologia; Psicologia; Adaptação psicológica

1. INTRODUÇÃO

De acordo com dados do Ministério da Saúde, debatidos por Lima-Costa e Barreto (2003), as doenças cardiovasculares constituem o principal grupo de causas de mortalidade, correspondendo a 30% dos óbitos na população brasileira e responsável por 23% dos gastos públicos com internações hospitalares no país. Por sua vez, a prevalência da Insuficiência Cardíaca (IC) está em ascensão, constituindo-se um dos principais problemas em saúde pública. Este fato decorre do incremento na expectativa de vida da população brasileira e da maior efetividade dos novos tratamentos. Entretanto, para os pacientes com IC em fase terminal, que não respondem ao tratamento médico cirúrgico convencional, o transplante cardíaco (TC) é a única opção terapêutica para a reversão do quadro e melhoria da qualidade de vida.

O transplante implica em dificuldades e perdas para os pacientes, ocasionando mudanças na família, nas relações sociais e na percepção da imagem corporal. O ingresso na lista de espera é um processo ansiogênico e gerador de dificuldades emocionais. Em paralelo ao decréscimo funcional tendem os pacientes, nesta fase, aumentar a ansiedade e a depressão. Além disso, posteriormente a realização do transplante o paciente é defrontado com outros tipos de sentimentos, como: a constante ameaça de rejeição, a incerteza do prognóstico, a aceitação psicológica ambivalente do coração de outro indivíduo, bem como acompanhamento médico contínuo e rigoroso.

2. DESENVOLVIMENTO

O transplante cardíaco (TC) pode ser comparado a um processo, sua realização não implica em “cura”, tal qual a concepção popular de ausência de doença. Dados da Sociedade Brasileira de Cardiologia [SBC] (2009) apontam que o TC melhora



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

significativamente a qualidade de vida do paciente, no entanto, este terá que se adaptar a múltiplas restrições e conviver com outros problemas de saúde.

Os estudos de Costa e Guerra (2009) e Stolf e Salada (2006) reforçam a idéia de que o transplantado sofre modificações no estilo de vida para lidar com o exigente protocolo pós-operatório e os efeitos colaterais às drogas utilizadas. Além disso, ele é confrontado com diversos sentimentos mobilizados pela constante ameaça de rejeição, incerteza do prognóstico a longo prazo, aceitação psicológica ambivalente do órgão e influência da simbologia cultural do coração.

Essas particularidades podem elevar os níveis de ansiedade, stress e desencadear depressão, considerada um fator de risco relevante para mortalidade após o TC, como verificaram os trabalhos de Burkner, Evon, Losielle, Finkel e Mill (2005), Costa e Guerra (2009) e Spaderna, Smits, Rahmel e Weidner (2007). Assim, a reação depressiva pode alterar o quadro clínico do paciente e tornar-se um forte empecilho para bons resultados durante a fase de reabilitação, pois, juntamente com a ansiedade, incide diretamente nos comportamentos de adesão ao tratamento.

Dessa maneira, levando-se em consideração as mudanças de vida e os sentimentos mobilizados no transplantado, torna-se imperativo que ele consiga se defender psicologicamente. Para isso, o indivíduo lança mão de uma série de estratégias de enfrentamento, denominadas *Coping*. As estratégias de *Coping*, de acordo com Savóia, Santana e Mejias (1996), podem ser principalmente, centradas no problema - modificando a relação entre a pessoa e o ambiente - ou centradas na emoção, adequando a resposta emocional ao problema. Os estilos de *coping* menos adaptativos como o evasivo, emotivo, fatalista, estão associados a uma menor capacidade de controle pessoal sobre a doença e ao aumento dos níveis de depressão, ansiedade e a diminuição na adesão. Assim, podem se constituir em fatores de risco no período pós-transplante, reforçam Denollet, Holmes, Vrints e Conraads (2007) e Telles-Correia, Mega, Barbosa, Barroso e Monteiro (2008).

Portanto, mostra-se relevante a atuação do psicólogo junto a esses pacientes, tanto no momento que antecede o transplante cardíaco, realizando o preparo psicológico, quanto em períodos posteriores. Assim, a proposta deste estudo é verificar quais estratégias de enfrentamento são utilizadas por transplantados e investigar se há relação entre o tipo de estratégia empregada e a percepção que este possui da doença e do transplante. Dessa maneira, proporcionando melhor compreensão do funcionamento psicodinâmico desses



pacientes e, assim, elaborando intervenções que reforcem os aspectos emocionais saudáveis no indivíduo.

3. OBJETIVOS

Objetivo Geral

Verificar quais as estratégias de enfrentamento utilizadas em transplantados e se essas formas de enfrentamento estão relacionadas à forma que o paciente percebe a doença e o transplante.

Objetivos Específicos:

- Investigar quais estratégias de enfrentamento utilizadas por transplantados.
- Investigar como o paciente transplantado percebe sua doença.
- Investigar como o paciente percebe a situação de transplante cardíaco.
- Verificar se existe relação entre a forma que o paciente percebe a doença e o transplante e as estratégias de coping utilizadas.

4. METODOLOGIA

Trata-se de estudo transversal com análise quantitativa e qualitativa. A amostra foi calculada com base no estudo de Seidl, Troccoli e Zannon (2001). Incluiu-se 32 pacientes do Ambulatório de Transplantes de Hospital Cardiológico no Rio Grande do Sul, de ambos os sexos, com idade superior a 18 anos, transplantados há - no mínimo - um mês.

Utilizou-se como instrumentos a ficha de dados sócio-demográficos – com dados básicos do paciente e informações relativas à doença, ao transplante e qualidade de vida; o prontuário - para obtenção de dados complementares – e a Escala Modos de Enfrentamento de Problemas (EMEP). A EMEP é uma escala tipo Likert, composta por 45 afirmações, na qual as respostas vão de 1 (Eu nunca faço isso) à 5 (Eu faço isso sempre). A escala avalia 4 estilos de enfrentamento utilizados pelo indivíduo quando confrontado a estressores - focalizado no problema, focalizado na emoção, focalizado na prática religiosa/pensamento



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

fantasioso e na busca de suporte social - e foi adaptada para uso no Brasil por Gimenez e Queiroz (1997).

Este estudo foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da instituição e segue a Resolução 196 de 10 de outubro de 1996. Os pacientes foram convidados a participar do estudo no retorno para consulta no ambulatório, momento em que foram esclarecidos a respeito do estudo, e aqueles que aceitaram participar assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. Todos os participantes responderam à ficha de anamnese e a EMEP. Destes, sorteou-se cinco pacientes que foram entrevistados e as entrevistas foram gravadas mediante autorização do participante.

Os dados foram tabulados e as entrevistas transcritas na íntegra. Posteriormente, analisados em duas etapas. A primeira tratou da análise quantitativa, através de Software estatístico SPSS versão 17.0. Realizou-se a avaliação da consistência interna dos fatores da EMEP através de Alfa de Cronbach. As variáveis qualitativas descritas através de frequência absoluta e relativa e as quantitativas através de média e desvio padrão ou mediana e intervalo interquartil. Os participantes foram separados em grupos: pacientes que receberam e não receberam preparo psicológico para o TC; pacientes com presença e ausência de transtorno psiquiátrico. As estratégias de enfrentamento foram comparadas através de teste t de Student para amostras independentes e os valores de $p < 0,05$ foram considerados estatisticamente significantes. As variáveis foram correlacionadas através da correlação de Pearson e Spearman.

A segunda etapa abordou a análise qualitativa das entrevistas realizada pelo método de análise de conteúdo descrita por Bardin (1991). As entrevistas foram lidas e o conteúdo separado em unidades de registro, isto é, frases com temática específica, que refletem uma perspectiva individual. Posteriormente, as unidades de registro foram agrupadas em categorias e subcategorias com o conteúdo recorrente no discurso dos participantes, de forma a articular uma perspectiva grupal. A seguir, os resultados das duas etapas foram comparados, verificando-se quais as estratégias de enfrentamento foram utilizadas e relacionando os dados obtidos ao discurso dos transplantados.

5. RESULTADOS

Dados Descritivos:



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

A amostra foi composta por 32 pacientes, com predomínio do sexo masculino (71,9%). A idade variou entre 23 e 71 anos. Em relação ao estado civil, a maioria dos participantes tinha um relacionamento estável (84,4%) e 43,8% residiam com cônjuge e filhos. Já em relação ao nível de instrução e atividade profissional, havia o predomínio do ensino fundamental incompleto (43,8%) e de inatividade profissional (59,4%).

Dados que indicam qualidade de vida apontam que 93,8% dos participantes possuem algum tipo de atividade de lazer. Em relação ao sono, 81,3% deles dormem em média de 5 a 8 horas por noite; 87,5% sonham e 31,3% do conteúdo dos sonhos relatados estão relacionados à morte.

A maior parte dos pacientes recebeu indicação para transplante devido miocardiopatia dilatada (78,1%) de etiologia isquêmica (50%). O tempo de sobrevida do transplante variou de 2 a 211 meses; 78,1% passaram por avaliação psicológica e 65,6% receberam preparo emocional antes da realização do procedimento. Chama atenção o fato que 28,1% dos participantes possuíam transtorno psiquiátrico, destes 21,9% foram diagnosticados com Depressão Maior e 12,5% com a presença de ideação suicida.

Avaliação da Consistência Interna:

A EMEP demonstrou confiabilidade aceitável para avaliar as estratégias de enfrentamento. O Alfa de Cronbach apresentado pelos fatores foi, respectivamente, Enfrentamento focalizado no problema = 0,885; Enfretamento focalizado na emoção = 0,671; Enfrentamento através de práticas religiosas/fantasiioso = 0,652 e Enfrentamento voltado à busca de suporte social = 0,361.

Estratégias de Enfrentamento:

Os transplantados cardíacos fazem uso de todos os estilos de *coping*, predominando a utilização do enfrentamento ativo, focalizado na resolução do problema. As estratégias de enfrentamento apresentaram, respectivamente, a seguinte média e desvio padrão: Enfrentamento focalizado no problema $3,78 \pm 0,77$; Enfretamento focalizado na emoção



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

2,11±0,54; Enfrentamento através de práticas religiosas/fantasmático 3,34±0,86 e Enfrentamento voltado à busca de suporte social 3,22±0,75.

Quando correlacionadas as variáveis idade, tempo de sobrevivência do TC e escolaridade aos estilos de *coping* adotados pelos participantes, verificamos que apenas a variável escolaridade apresenta correlação moderada inversa ($r_s = -0,471$; $p = 0,006$). Além disso, quando correlacionadas às estratégias de enfrentamento entre si, o Enfrentamento focalizado no problema e o Enfrentamento voltado à busca de suporte social apresentaram correlação moderada direta ($r = 0,450$; $p = 0,010$).

A comparação dos estilos de *coping* utilizados entre os grupos de participantes que receberam preparo psicológico para o TC e aqueles que não receberam está representada na Tabela 1. Já a comparação das estratégias entre os grupos de paciente com presença e ausência de transtorno psiquiátrico está representada na Tabela 2.

Análise de Conteúdo de Bardin:

A fim de facilitar a compreensão, a análise qualitativa do conteúdo das entrevistas realizadas com os participantes está apresentada juntamente com a discussão.

6. DISCUSSÃO

Há vários estudos que examinaram as estratégias de enfrentamento no contexto da saúde, como o desenvolvido por Kaba, Thompson e Burnard (2000). Entretanto, quando adotamos como perspectiva o momento após o transplante cardíaco, há uma considerável redução, praticamente inexistindo pesquisas aliando os delineamentos quantitativos e qualitativos.

Achados deste estudo mostram-se condizentes com pesquisas anteriores. A doença cardíaca em estágio inicial, nem sempre vem acompanhada de sintomas, aproximando-se do paciente de maneira silenciosa, reforçam as diretrizes de transplante cardíaco da SBC (2009). Além disso, diferentemente de outras doenças como o câncer, no qual o tratamento modifica diretamente a aparência externa do indivíduo, ela é invisível, como podemos perceber no discurso do participante: “Quem me encontrava na rua achava que eu não tinha nada.” Fatos que, aliados a dificuldades emocionais em lidar com a doença, podem



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

influenciar na demora da procura por tratamento e na má adesão. A evolução da doença leva ao desenvolvimento progressivo de insuficiência cardíaca e ao aparecimento de sintomas incapacitantes: “Então eu não podia andar direito, nem trabalhar.”

A indicação de TC se constitui em possibilidade de sobrevivência e melhora da qualidade de vida: “Eu estava desenganado, quando eu vi essa luz no fim do túnel foi um momento de muita alegria.” “Eu estava tomando cinco medicações e não melhorava, não tinha perspectiva de vida.” Ao mesmo tempo, desperta ansiedades e fantasias intensas: “Eu pensava que alguém tem que morrer pra eu viver.” Além disso, há ainda a peculiaridade da influência da simbologia cultural do coração, associado à vida e às emoções: “A esposa de um futuro colega chorava e eu perguntei por que, e ela respondeu: Porque agora mudando o coração eu fico pensando que ele não vai me amar tanto quanto me amava.” Costa e Guerra (2009) referem que além do sofrimento físico imposto pela doença, o paciente está exposto ao sofrimento emocional pela incerteza e confronto com sua terminalidade. Assim, a reação ao chamado desperta sentimentos ambivalentes: “É duro. A gente fica assim: Bom, será que eu vou voltar ou não?”

O TC, como enfatizaram Costa e Guerra (2009), constitui para o paciente uma série de tarefas adaptativas: “Eu tenho uma série de cuidados que tem que ser levados em consideração, porque no momento que eu deixar de tomar a ciclosporina ou algum remédio que seja para a rejeição, é certo que eu vou morrer.” Fatos que podem gerar elevado impacto físico e psicossocial, pois o transplante se constitui numa nova doença e não em cura: “Às vezes, eu preferia não ter passado.”

Os participantes referem no pós-operatório imediato o sentimento de felicidade pela sobrevivência: “Não morri. Estou vivo. A sensação quando acordei foi muito boa.” Ao mesmo tempo, se constitui uma experiência altamente desorganizadora: “Eu passei por um bocado, depois que eu fiz o transplante eu ouvia vozes.”

Assim como apontam outros estudos como o de Evangelista et al. (2005) maioria dos sobreviventes ao TC é do sexo masculino e encontra-se em relacionamento estável, o que revela maior suporte social e é considerado um fator protetor. Os participantes apresentam um alto índice de inatividade profissional que pode estar associado ao elevado impacto emocional do transplante, apontam também Kristen et al. (2009). Verifica-se a prevalência de miocardiopatia dilatada de origem isquêmica, como no trabalho de Harper, Chacko, Kotik-Harper, Young e Gotto (1998). No que diz respeito à elaboração psíquica, a



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

maioria dos transplantados lembra-se dos sonhos, o que é um importante indicador de capacidade de elaboração emocional. Chama a atenção, também, o fato da maior parte dos sonhos relatados apresentarem conteúdo relacionado à morte, evidenciando novamente o elevado impacto emocional do transplante e tentativa de elaboração da experiência traumática.

A EMEP avalia 4 estilos de *coping*: as estratégias de enfrentamento focalizadas no problema, focalizadas na emoção, focalizadas na prática religiosa/pensamento fantasioso e na busca de suporte social. Neste estudo, a escala demonstrou confiabilidade aceitável para avaliar as estratégias de enfrentamento. Somente o fator enfrentamento focalizado na busca de suporte social que evidenciou pouca confiabilidade, o que pode se configurar em uma limitação deste estudo.

Verifica-se que os transplantados fazem uso de todos os estilos de *coping*. Entretanto, há um predomínio na utilização do enfrentamento focado na resolução do problema e uma menor utilização do focado na emoção. As estratégias focalizadas no problema, correspondem a uma maneira cognitivamente ativa de lidar com a situação, através da adoção de comportamentos de aproximação do estressor, no sentido de solucionar o problema, descrevem Seidl et al. (2001). Está relacionada, também, ao pensamento positivo, ou seja, uma percepção positiva da situação. Como podemos observar no discurso do participante: “Eu estava decidido: é pegar ou largar. Se eu não viver eu vou morrer. Eu vou tentar viver.” Já as estratégias focalizadas na emoção, definem Kaba et al. (2000), correspondem a uma maneira passiva de lidar com a situação, através da adoção de comportamentos evitativos e de fuga em relação ao tratamento. Elas estão relacionadas à reações emocionais negativas e pensamentos fantasiosos de auto-culpa e de culpabilização de outras pessoas “Da outra vez, eles me chamaram e eu nem cheguei a vir. Aí quando eles me chamaram a última vez eu fiz.”

Em nossa amostra, não houve correlação entre as variáveis idade e os estilos de *coping* utilizados, diferentemente de trabalhos semelhantes na área como o de Seidl et al. (2001). A variável tempo de sobrevida do TC e os tipos de enfrentamento, também não se mostraram correlacionadas, como encontrado em Kaba et al. (2000). Entretanto, a variável escolaridade mostra-se correlacionada inversamente à utilização do enfrentamento pela adoção de práticas religiosas, isto é, quanto maior o nível de escolaridade menor a utilização dessa estratégia, assim como nos estudos de Ferreira, Ribeiro, Meira e Guerreiro



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

(2003) e Seidl et al. (2001). O enfrentamento pela adoção de práticas religiosas de acordo com Seidl et al. (2001), está relacionado desde a presença de sentimentos de esperança e fé – pertinentes à situação – ao pensamento fantasioso, que pode justificar comportamentos passivos de esquivar e espera de um milagre – dificultando a adesão ao tratamento.

Os fatores responsáveis pela não-adesão, de acordo com Savóia et al. (1996), são o conhecimento inadequado do processo, depressão e ansiedade, baixo suporte social, abuso de substâncias, stress, persistência de sofrimento psicológico, os obstáculos ao acesso à medicação e um pobre relacionamento com a equipe. Portanto, um bom relacionamento com a equipe pode ser fundamental: “Quando eu baixava, me tratavam com muito carinho. Isso me ajudou muito.” “Eu tinha muita fé. Eu tinha certeza que os médicos iam ter sucesso na minha cirurgia.” “Eu mudei de idéia conversando com a psicóloga. Ela foi me explicando, me dizendo o que ia acontecer e que eu não ia matar ninguém.”

Além disso, a utilização dos estilos de *coping* focalizados no problema e na busca de suporte social apresentou correlação direta, ou seja, o aumento do enfrentamento no problema está acompanhado de maior busca de suporte pelo participante. A busca de suporte social está relacionada à procura de apoio instrumental e emocional ou de informações para auxiliar no enfrentamento da situação, enfatiza Ferreira et al. (2003). Assim, ambas as estratégias implicam na adoção de uma postura ativa do paciente em relação ao tratamento, consequentemente, favorecendo a adesão, pois influenciam tanto em relação aos sentimentos de confiança na equipe, quanto à adoção de comportamentos de procura de auxílio à saúde.

Quando comparados os participantes que haviam recebido preparo psicológico para o transplante e aqueles que não foram preparados, detectou-se que os primeiros apresentaram maior utilização dos estilos de *coping* focados no problema e na busca de suporte social. Além disso, houve uma diminuição da utilização do enfrentamento focado na emoção. Dados que apresentaram diferenças significativas.

Levando-se em consideração que a maioria dos participantes apresentava miocardiopatia dilatada de origem isquêmica antes do TC e que a literatura aponta que pacientes coronarianos teriam personalidade tipo “A”, esses dados mostram a relevância do preparo psicológico. Indivíduos com personalidade tipo “A”, descrevem Friedman e Rosenman (1959), são pessoas competitivas, rígidas, auto-controladas, comprometidas com o trabalho e, muitas vezes, incapazes de descansar. São indivíduos que procuram



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

demonstrar independência e tem dificuldade em assumir uma postura passiva e dependente. Além disso, tem dificuldade em identificar e lidar com seus sentimentos. Fatos que os colocam em posição de fragilidade quando doentes.

De acordo com essas características, acreditamos que esses indivíduos sem o preparo necessário para o transplante, utilizariam mais o enfrentamento focado na emoção, pelas suas dificuldades emocionais. Além disso, em função de sua dificuldade em assumir uma postura dependente e passiva, empregariam menos o enfrentamento pela busca de suporte social. Dados semelhantes aos obtidos neste estudo em relação aos participantes que não receberam preparo psicológico. Esses comportamentos merecem atenção, pois podem dificultar na adesão ao tratamento e revelar também maior vulnerabilidade psíquica do paciente, como se verifica nos apontamentos de Burkner et al. (2005) e Kaba et al. (2000).

Portanto, os dados obtidos no grupo que recebeu preparo psicológico para o transplante apontam a relevância dessa intervenção. Através do preparo é proporcionado ao paciente um momento para falar sobre o transplante, e, assim, dar-se conta de suas fantasias e sentimentos, bem como a maneira pessoal de enfrentar a situação. Fato que possibilita uma mudança de comportamento, favorecendo a adoção de estilos de *coping* ativos, como o enfrentamento voltado à resolução do problema e a busca de suporte social. Kaba et al. (2000) e Lisson, Rodrigues, Reed e Nelson (2005) enfatizam que estes enfrentamentos mostram-se fundamentais à sobrevivência, à medida que influenciam nos comportamentos de adesão ao tratamento. Além disso, o atendimento psicológico alivia sentimentos de stress, ansiedade e depressão; facilitando o processo.

Já a comparação das estratégias entre os pacientes com presença e ausência de transtorno psiquiátrico, apontou que nos participantes com ausência de transtorno há o predomínio do estilo de *coping* focado no problema e menor utilização do focado na emoção. No entanto, pacientes com transtornos psiquiátricos apresentam predomínio, não significativo, na utilização do enfrentamento pela prática religiosa, e elevação significativa na utilização do enfrentamento focado na emoção. Dados que, conforme os trabalhos de Burkner et al. (2005), Kaba et al. (2000) e Martinelli et al. (2007), sugerem que a maior utilização de estratégias de *coping* passivas, indicam maior inabilidade desses participantes em lidar com o período pós-transplante.



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Levando em conta tais particularidades, a atuação do psicólogo deve iniciar no período pré-operatório e estender-se ao período pós-transplante, de acordo com as necessidades de cada paciente. No período pré-transplante o psicólogo avalia como o paciente processa a informação a respeito de sua saúde, como percebe a indicação para transplante e qual seu nível de conhecimento do processo. Assim, a psicoprofilaxia realizada no grupo estudado - técnica desenvolvida pela psicanalista Arminda Aberastury (1972) - ressalta que é fundamental trabalhar as ansiedades e fantasias relativas à cirurgia. Dessa maneira, é necessário esclarecer cada detalhe do ato cirúrgico, desde a anestesia até possíveis mal-estares, assim, diminuindo a ansiedade e o trauma pós-operatório. Dessa forma, possibilita trabalhar as fantasias e sentimentos de sofrimento e insegurança relativos ao transplante, bem como a incorporação de uma nova imagem corporal.

Já no período posterior ao TC, são abordados os aspectos psicológicos relacionados ao sentimento de perda do seu coração, aceitação do novo órgão e adaptação às mudanças dos hábitos de vida. Além disso, enfatizam Lisson et al. (2005), é realizado trabalho no sentido de fortalecer no paciente seu sentimento de autonomia, auto-eficácia e responsabilidade pelos cuidados com a sua saúde, bem como o estímulo ao retorno às atividades de vida, de forma a fortalecer a adesão ao tratamento.

7. CONCLUSÃO

Os transplantados cardíacos fazem uso de todas as estratégias de enfrentamento. Verificando-se o predomínio da utilização do enfrentamento focado no problema, um enfrentamento ativo, apresentando comportamentos mais adaptados ao processo e responsável por maior adesão ao tratamento. Os participantes que receberam o preparo psicológico utilizaram maior número de estratégias de enfrentamento ativas. Fato que evidencia a importância do acompanhamento psicológico durante o processo, já que amplia a utilização de estratégias mais adaptadas pelo paciente. Assim, mostra-se relevante a realização de novas pesquisas que se dediquem a investigar a influência do preparo em relação aos estilos de *coping* adotados em amostras maiores.



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

REFERÊNCIAS

- Aberastury, A. (1972). Historia de una tecnica: preparacion psicoterapeutica en cirurgia. In: *El psicoanalisis de niños y sus aplicaciones*. 2 ed. México: Paidós, 34-43.
- Bardin, L. (1991) Análise de Conteúdo. Lisboa Ed. 70: p. 229.
- Burker, E., Evon, D., Losielle, M., Finkel, J. & Mill, M. (2005). Coping predicts depression and disability in heart transplant candidates. *J.Psychosom. Res.* (59):215-222.
- Costa, S. & Guerra, M. (2009). O Luto no Transplantado Cardíaco. *Psic., Saúde e Doenças*. 10 (1):49-55
- Denollet, J., Holmes, R., Vrints, C. & Conraads, V. (2007). Unfavorable Outcome of Heart Transplantation in Recipients With Type D Personality. *J Heart Lung Transplant* 26:152–8.
- Evangelista, L., Dracup, K., Moser, D., Westlake, C., Erickson, V., Hamilton, M. & Fonarow, G. (2005). Two-year follow-up of quality of life in patients referred for heart transplant. *J. Psychosom. Res.* 34(3):187-193
- Ferreira, T., Ribeiro, J., Meira, M. & Guerreiro, S. (2003). Estudo de adaptação da escala “Coping with Health Injuries and Problems” em pessoas com Doença das Artérias Coronárias. *Revista da SBPH*, 6(2): 24-36.
- Friedman, M. & Rosenman, R.. (1959). Association of specific overt behavior pattern with blood and cardiovascular findings. *JAMA*, n.169, p.1286-95.
- Gimenes, M. & Queiroz, B. (1997). A teoria do enfrentamento e suas implicações para sucessos e insucessos em psiconcologia. In: *A mulher e o câncer*. Campinas: Editorial Psy, p.111-147.
- Harper, R., Chacko, R., Kotik-Harper, D., Young, J. & Gotto, J. (1998). Self-report evaluation of health behavior, stress vulnerability, and medical outcome of heart transplant recipients. *Psychosom. Med.* 60(5):563
- Kaba, E., Thompson, D. & Burnard, P. (2000). Coping after heart transplantation: a descriptive study of heart transplant recipients’ methods of coping. *J. Adv. Nurs.* 32(4): 930-936.
- Kristen, A., Ammon, K., Koch, A., Dösch, A., Erbel, C., Celik, S., Karck, M., Sack, F., Katus, H. & Dengler, T. (2009). Return to Work After Heart Transplantation: Discrepancy With Subjective Work Ability. *Transplantation*. 87(7):1001.



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Lima-Costa M. & Barreto S. (2003). Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 12(4):189-201.

Lisson, G., Rodrigues, J., Reed, A. & Nelson, D. (2005). A Brief Psychological Intervention to Improve Adherence Following Transplantation. *Annals of Transplantation*. 10(1):52-57.

Martinelli, V., Fusar-Poli, P., Emanuele, E., Klersy, C., Campana, C., Barale, F., Vigan, M. & Politi, P. (2007). Getting old with a new heart: impact of age on depression and quality of life in long-term heart transplant recipients. *J Heart Lung Transplant*. 26(5):544-548.

Resolução nº 196/MS/CNS, de 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Acesso em: 26 de novembro de 2009. No Site: <http://www.sbhh.com.br/pdf/etica/PesqSeresHumanos.pdf>

Savóia, M., Santana, P. & Mejias, N. (1996). Adaptação do Inventário de Estratégias de Coping de Folkman e Lazarus para o português. *Psicologia USP*. 7:183-201.

Seidl, E., Troccoli, B. & Zannon, C. (2001). Análise fatorial de uma medida de estratégias de enfrentamento. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. 17(3):225-34.

Sociedade Brasileira de Cardiologia –SBC (2009). II Diretrizes para Transplantes Cardíacos. *Arq Bras Cardiol*. 94(Supl 1).

Spaderna, H., Smits, J., Rahmel, A. & Weidner, G. (2007). Psychosocial and behavioural factors in heart transplant candidates – an overview. *Transpl. Int*. 20(11):909-920.

Stolf, N. & Sadala, M. (2006). Os significados de ter o coração transplantado: a experiência dos pacientes. *Rev Bras Cir Cardiovasc*. 21(3):314-23.

Telles-Correia, D., Mega, I., Barbosa, A., Barroso, E. & Monteiro, E. (2008). Coping nos Doentes Transplantados. *Acta Med Port*. 21:141-148.



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Tabela 1: Comparação entre as variáveis Estratégias de Enfrentamento e Preparo Psicológico

Estratégia de Enfrentamento	Preparo Psicológico (n= 21)	Não recebeu preparo (n=11)	p
Focalizado no problema	4,03±0,65	3,3±0,77	0,008
Focalizado na emoção	1,94±0,46	2,44±0,54	0,011
Através de práticas religiosas	3,39±0,94	3,25±0,71	0,682
Busca de suporte social	3,46±0,68	2,76±0,69	0,01

Os dados são apresentados em média e dp. *p < 0,05

Tabela 2: Comparação entre as variáveis Estratégias de Enfrentamento e Transtorno Psiquiátrico

Estratégia de Enfrentamento	Ausência Transt. Psiquiátrico (n=23)	Presença Transt. Psiquiátrico (n=9)	p
Focalizado no problema	3,95±0,67	3,35±0,88	0,046
Focalizado na emoção	1,95±0,46	2,5±0,56	0,008
Através de práticas religiosas	3,31±0,86	3,42±0,90	0,748
Busca de suporte social	3,30±0,77	3,02±0,70	0,352

Os dados são apresentados em média e dp. *p < 0,05



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

A comunicação de más notícias em pronto socorro: visão dos médicos

Daniela Trevisan Monteiro ¹

Alberto Manuel Quintana ¹

Cristine Gabrielle da Costa dos Reis ¹

¹ Universidade Federal de Santa Maria

RESUMO

Este trabalho objetivou compreender a comunicação de más notícias em Pronto Socorro, quando não há prévia relação médico-paciente. Para tanto, foi realizada uma pesquisa descritiva, exploratória de cunho qualitativo desenvolvida com médicos da Unidade de Tratamento Intensivo (UTI), de um hospital escola do interior do Rio Grande do Sul. A coleta de dados foi realizada a partir de entrevistas semi-estruturadas. A pesquisa contemplava o processo de comunicação de más notícias especificamente em UTI, porém dos doze médicos entrevistados, três trouxeram um olhar diferenciado sobre este tema no setor do Pronto Socorro. Sendo as falas pertinentes a esta situação, considerou-se importante criar categorias específicas do Pronto socorro, dando origem a este trabalho. As falas foram analisadas a partir da análise de conteúdo. Através desta chegou-se a duas categorias – Trabalho do médico em Pronto Socorro: A porta do hospital; Más notícias em Pronto Socorro: A má notícia na primeira notícia. Encontrou-se como resultados a dificuldade dos médicos comunicarem más notícias, pois não existe vínculo com o paciente e/ou familiar, principalmente nos casos em que a má notícia é a primeira notícia que se comunica, como por exemplo, em situações inesperadas. A relação médico-paciente, assim como médico-familiares, se mostra ainda mais delicada, pois o pronto socorro é um lugar no qual o desenvolvimento do vínculo parece inexistente. Portanto, entende-se que o processo de comunicação de más notícias se torna tão complexo e quanto o estabelecimento de uma boa relação no pronto socorro e um fator, inevitavelmente, influencia o outro.

Palavras chaves: Más notícias; Pronto Socorro, Psicologia da Saúde; Relações médico-paciente.



1. INTRODUÇÃO

A comunicação é uma ferramenta central do cuidado em saúde, sobretudo quando dirigida a pacientes que enfrentam diagnósticos difíceis, como no caso das doenças crônicas e graves (Silva; Zago, 2005). Portanto, considera-se que a comunicação de más notícias é uma das mais difíceis tarefas realizadas pelo profissional da saúde. Nessa, o prognóstico, que configura o fator mais importante da comunicação, muitas vezes não é discutido e nem claramente compreendido (Fumis, 2010).

Assim, comunicar más notícias constitui uma das problemáticas mais complexas no contexto das relações interpessoais. São momentos geradores de perturbação não apenas em quem recebe a notícia, mas também em quem a emite. Os profissionais da saúde consideram essa tarefa difícil devido ao enfrentamento das reações emocionais do paciente e sua família e também pela gestão da própria situação (Pereira, 2005).

A partir do que foi exposto, este trabalho parte de um olhar diferenciado sobre a fala de médicos que já vivenciaram o Pronto Socorro, podendo assim, a partir de subsídios da psicologia, entender as dificuldades referentes às relações médico-paciente existentes neste setor do hospital. A partir disso, questiona-se sobre a importância da relação médico-paciente na comunicação de más-notícias.

2. DESENVOLVIMENTO

Pode-se definir a má notícia como aquela que, drástica e negativamente, altera a perspectiva do paciente e de seus familiares em relação ao seu futuro. O resultado é uma desordem emocional e de comportamento, que persiste por certo período de tempo após o recebimento da má notícia (Diaz, 2006). Assim, as más notícias em saúde incluem situações de ameaça à vida e ao bem estar psicossocial do indivíduo e da família, bem como as repercussões físicas, sociais e emocionais que ocasionam. Associam-se, geralmente, a uma doença grave, incapacidades físicas ou perda. Percebe-se, porém, que tanto para os profissionais da saúde quanto para os cidadãos em geral, a má notícia está quase sempre associada à morte (Pereira, 2005).

Ainda, Victorino et al. (2007) colocam que a comunicação de más notícias pode ser interferida pelos medos dos próprios médicos. Esses podem estar relacionados com o receio de causar dor ao paciente, com o incômodo sentido no momento da comunicação,



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

com a culpa que lhe pode ser incutida, com a expressão de emoções, com a própria morte, entre outros.

Deste modo, em situações de crise, o médico pode evitar a comunicação de más notícias aos pacientes e seus familiares. Pode ainda negar seus próprios sentimentos em relação a essa experiência (Payán et al., 2009). Com efeito, no processo de comunicação, com a desculpa de preservar o paciente, o médico acaba menosprezando a realidade dos fatos. No entanto, o real objetivo, na maioria das vezes, é a proteção do próprio médico que se sente impotente frente às suas limitações de curar, inseguro em orientar e despreparado para cuidar. Este passa a sentir-se angustiado e se utiliza da fuga, abandonando seu paciente de várias formas (Gomes; Silva; Mota, 2009).

A partir do que foi exposto, a psicologia possui subsídios para entender os fenômenos que ocorrem no processo de comunicação de más notícias. Nesse contexto, o presente artigo visa compreender a comunicação de más notícias em Pronto Socorro, quando não há prévia relação médico-paciente.

3. MÉTODO

Este estudo contempla uma pesquisa descritiva e exploratória, de cunho qualitativo. Este trabalho traz um viés de uma pesquisa maior sobre o processo de comunicação de más notícias, desenvolvida com médicos da Unidade de Tratamento Intensivo (UTI), de um hospital escola do interior do Rio Grande do Sul. A pesquisa contemplava o processo de comunicação de más notícias especificamente em UTI, porém os entrevistados trouxeram um olhar diferenciado sobre este tema no setor do Pronto Socorro. Sendo as falas pertinentes a esta situação, considerou-se importante criar categorias específicas do Pronto socorro, dando origem a este trabalho.

Em relação à abordagem qualitativa, Turato (2005) infere que o método qualitativo não é apenas um modelo que atende a certas demandas; ele cria um modelo de entendimento intenso de ligações entre os elementos, ou seja, ele fala de uma ordem que não é visível ao olhar comum.

A coleta de dados foi realizada a partir de entrevistas semi-estruturadas. Turato (2005) aponta que a entrevista é um instrumento precioso de conhecimento interpessoal, facilitadora da apreensão de diferentes fenômenos, de elementos de identificação e



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

construção do entrevistado e, de certa forma, do entrevistador. As entrevistas basearam-se em eixos norteadores para contemplar os objetivos do estudo.

Foram mantidos os princípios éticos presentes na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 1996) que prescreve a ética na pesquisa com seres humanos. Dessa forma, os entrevistados tiveram participação voluntária, sem coerção institucional ou psicológica, instruída com termo de consentimento. Para manter o anonimato dos participantes, os nomes dos médicos foram trocados pela letra M, seguida sistematicamente do número, assim apresentou-se como: M1, M2, M3, M4..., sucessivamente. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição onde se deu a pesquisa, sob o número do CAAE (Certificado de Apresentação para Apreciação Ética): 0367.0.243.000-11

Participou da pesquisa a totalidade dos doze médicos atuantes na UTI de um hospital escola. Destes, três trouxeram informações relevantes sobre a comunicação de más notícias em Pronto Socorro. As falas destes médicos foram analisadas a partir da análise de conteúdo de Bardin (2010), que descreve que a análise de conteúdo surge como um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens. A partir da leitura flutuante do material coletado, foram categorizados os tópicos emergentes de acordo com os critérios de relevância e repetição. Assim, as falas relevantes foram transformadas em unidades de análise, no intuito de desvendar fatos implícitos nas falas expressas (Turato, 2005). Através da análise das entrevistas chegou-se a duas categorias – Trabalho do médico em Pronto Socorro: A porta do hospital; Más notícias em Pronto Socorro: A má notícia na primeira notícia.

4. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os resultados serão apresentados de acordo com as categorias desenvolvidas na análise das entrevistas para maior clareza na apresentação dos mesmos.

TRABALHO DO MÉDICO EM PRONTO SOCORRO: A PORTA DO HOSPITAL

Na modalidade de pronto atendimento ou pronto socorro, o atendimento é centrado na díade queixa e conduta, dessa forma se preza dar uma resposta imediata com o intuito de atender o mais depressa possível em função da demanda, o que intensifica ainda mais o



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

foco na doença. Porém, isto ocasiona uma baixa resolutividade, fazendo com que o paciente retorne várias vezes ao serviço, aumentando ainda mais a demanda. Forma-se um círculo vicioso que ocasiona à insatisfação tanto dos profissionais quanto dos pacientes (Sucupira, 2007). Este tipo de atendimento centrado na doença transforma-se em uma rotina para o médico de Pronto Socorro, como se percebe na fala abaixo:

O atendimento de emergência funciona como um desafio. É atender um paciente em condições adversas e conseguir dar,... atender aos conceitos básicos de atendimento na emergência, diminuir as sequelas dos pacientes, paciente com muitos traumas ou eventos clínicos e conseguir prevenir sequelas mais graves para o paciente, seqüelas evitáveis. Porque o inevitável, não adianta, o paciente que tiver que morrer vai morrer, independente dos recursos. No entanto quanto tem os recursos necessários, pode não só salvar a vida dele como diminuir as sequelas destes eventos (...) (M1).

Em relação ao trabalho no Pronto socorro, foi perguntado se há a possibilidade do médico se preparar antes de dar uma má notícia. Nessa situação, percebe-se o quanto a correria de atendimento no dia-a-dia deste setor não proporciona um momento de reflexão para o médico, tendo que, além de atender a grande demanda de pacientes, conversar diretamente com estes ou seus familiares em curto espaço de tempo, não permitindo uma pausa, como se percebe na fala a seguir:

Não tem como. Por isto que eu não gosto de trabalhar em PS. Não tem como tu te preparar. Tu atende, chega o paciente, vem da ambulância, vai para a sala de emergência, tu tenta reanimar ele por mais de 20, 30 minutos, não consegue, o coração não volta e aí? Não tem como, ficar com o paciente 20, 30 minutos e depois tu tem que sair dali e falar com os familiares que estão do outro lado da porta te olhando. Não tem nada ali, não existe este espaço para nós parar, respirar e aí chamar. A gente sai direto da sala de atendimento e vai conversar com os familiares, daí o que aconteceu, olha infelizmente, o coração não voltou, infelizmente, não resistiu aos ferimentos, não um há tempo de preparo, não tem nunca num PS este tempo. A gente tem pouco tempo e poucos dados e tem que tomar uma decisão (M2).

Na porta do hospital, não tem como [se preparar], aí lá é mais complicado (M2).



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Além da impossibilidade de reflexão, os excessos de demanda de pacientes assim como as limitações do serviço trazem, ainda, outras implicações. As situações corriqueiras do trabalho no setor de emergência, segundo Feliciano *et. al* (2005), geram sofrimento além de provocar sentimentos como: cansaço, esgotamento, impotência e revolta.

Essa demanda excessiva de pacientes se deve, principalmente, pelo pronto socorro ser concebido como opção prioritária a se recorrer na rede de atenção à saúde, uma vez que os serviços de atenção básica, na maioria das vezes, não tem se mostrado eficiente em seu atendimento. Há, no entanto, uma falha na contrarreferência, aos que retornam ao pronto socorro para consulta, para integrar o sujeito à rede básica e receber acompanhamento. Sendo assim, o próprio pronto socorro pode promover, de certa forma, a dependência de recorrer a seu sistema. Além disso, há um descrédito, na maioria das vezes, por parte dos próprios profissionais do pronto socorro, em relação à atenção básica. Sendo assim, o círculo vicioso se alimenta, estabelecendo o vínculo permanente do usuário com o pronto socorro (Dal Pai & Lautert, 2011).

Podemos entender, então, que o excesso de demanda se dá, também, pela possível falha do serviço de atenção básica, assim como do pronto socorro. Essa demanda excessiva vem a contribuir para a correria do dia-a-dia o que passa a não proporcionar condições e tempo para que os médicos reflitam sobre sua comunicação.

MÁS NOTÍCIAS EM PRONTO SOCORRO: A MÁ NOTÍCIA NA PRIMEIRA NOTÍCIA

A comunicação é definida no Dicionário de Língua Portuguesa como um ato ou efeito de comunicar; troca de informação entre indivíduos através da fala, da escrita, de um código comum ou do próprio comportamento; o fato de comunicar e de estabelecer uma relação com algo ou alguém; relação; correspondência; o que se comunica; mensagem; informação; aviso; anúncio; transmissão; capacidade de entendimento entre as pessoas através do diálogo; entre outras definições. E do latim *communicatióne*, significa a ação de participar (Porto Editora, 2011).

Os processos básicos da teoria da comunicação consideram um conjunto de enunciados que pressupõem que a interação simbólica constitui um processo de emissão e recepção de mensagens codificadas. As mensagens são consideradas como sinais ou



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

grupos de sinais, ou seja, estímulos com significados para as pessoas, que se desenvolvem através dos processos de pensamento humano. Nesse sentido, as mensagens fornecem informações, constituindo dessa forma, a comunicação (Freixo, 2006).

Atividades que exigem comunicação são comuns no cotidiano da prática médica, por exemplo, saber sobre a história do paciente, transmitir informações acerca da prescrição, aconselhar sobre algum estilo de vida ou prevenção de alguma doença, entre outras (Silva, 2008). Porém, no binômio médico-paciente há um misto de linguagem cotidiana e jargão médico. Principalmente considerando que a linguagem da medicina tem se tornado cada vez mais técnica e cada vez mais incompreensível para o público leigo (Helman, 2009).

Compartilhando deste pensamento, no que se refere ao diagnóstico, Silva *et. al* (2011), referem que existem diferentes posições assumidas pelos médicos. Há aqueles que não comunicam o diagnóstico ao paciente, argumentando que este precisa de apoio e não elementos que o façam sofrer ainda mais. Há, contudo, médicos que prezam pelo direito dos pacientes sobre a verdade do diagnóstico, tendo uma postura mais direta e objetiva. Como meio termo, médicos que usam eufemismos em relação ao diagnóstico, sem deixar de explicar a doença. Sendo assim, podemos comparar a comunicação do diagnóstico com a comunicação das más notícias; onde a objetividade é utilizada para comunicar. Como se percebe na fala abaixo:

Agora, a mesma objetividade que eu tenho aqui [na UTI], para passar a informação, eu tinha lá na emergência. Não ficava protelando uma notícia ruim, muito pelo contrário, passava e aí a reação dependia das condições dos familiares, né. Nunca tive esta preocupação: “Ah, não vou ser tão objetivo, ou tão... Vou fazer um preparo prévio”. Acho que isto não melhora, a irreversibilidade do fato vai ser a mesma. Isso não muda. A informação é a mesma. A maneira é a mesma de passar. É só um efeito diferente por causa do preparo dos familiares para aqui na UTI. Um é um evento esperado e outro é um evento súbito (M1)

Porém, a comunicação diagnóstica é o momento crucial do desenvolvimento da relação médico- paciente. Para que haja esse bom desenvolvimento, o médico precisa desenvolver habilidades comunicacionais e relacionais, levando em conta aspectos psicossociais do paciente. Além disso, para que haja sucesso no tratamento, é preciso que o médico tenha uma boa relação de confiança com os pacientes e seus acompanhantes (Silva



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

et. al., 2011). Contudo, a fala de uma das médicas mostra a dificuldade e, até inexistência dessa relação no que se refere ao vínculo desenvolvido no pronto-socorro:

Diferente no PS, que às vezes tu não tem nada (M3).

Por exemplo, aí sim, tu vai chamar alguém e dar dizer seu filho ou seu pai entrou aqui, mas, ele entrou e acabou falecendo, não resistiu aos ferimentos, ou não resistiu a uma parada cardíaca, e a gente tentou reanimar. Este momento, sim, este momento é difícil. Esta má notícia na primeira notícia, esta sim é meio complicado de dar. (M2)

Essa fala indica-nos um ambiente que não se mostra propício, na maioria das vezes, para o desenvolvimento de relações de confiança com os pacientes ou familiares, o que gera uma série de implicações, como a dificuldade de comunicar más notícias, de lidar com eventos inesperados, entre outros. Isso, levando em consideração o ambiente do pronto socorro, onde o estabelecimento do vínculo não ocorre e a comunicação das más notícias parece muito mais delicada. A inexistência da relação dá-se, como pontuado anteriormente, no próprio trabalho do pronto Socorro ser voltado para a díade queixa e conduta, onde, na maioria das vezes, por ser atendimento de urgência, o médico necessita ter esse olhar mais técnico e sanar a urgência que lhe é apresentada. A falta de tempo, ou seja, um atendimento rápido que evite sequelas no paciente e a própria demanda de atendimento no Pronto Socorro pode impedir que, mesmo o médico com o olhar voltado em primeiro lugar para a pessoa e não para a doença, consiga dar um atendimento onde seja contemplado os fatores biopsicossociais. Percebe-se então que, a prioridade neste setor é o atendimento quase que exclusivo às doenças que se apresentam, não se caracterizando em um setor fértil para o desenvolvimento de vínculo.

Considerando, então, no pronto socorro, o evento inesperado, há constantemente presente nas falas dos médicos entrevistados a dificuldade que se apresenta na comunicação sobre a morte no pronto socorro, uma vez que é tudo repentino, como ilustra a abaixo:

Para dar notícia de óbito, às vezes, no Pronto Socorro, é muito ruim, ... às vezes, um óbito de um paciente que chega e morre, logo depois que a família realmente não espera, e tem um choque assim, que a



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

família se desespera realmente, não sei, a gente não tem o que fazer. Não tem o que fazer. Uma vez que chega o familiar e tu contou, o quanto antes tu puder sair dali, melhor né. Porque é ruim. (M3)

No pronto socorro, eu sempre chamava o plantonista para ir junto comigo. Mas, eles nunca iam, mas, eu dizia: “mas eu não quero ir dizer que o fulano morreu”. Quando não é esperado, porque é muito ruim. É muito ruim. Paciente de acidente, ou alguma coisa séria a família se desespera de uma maneira e quer ir ver. E eu chamava o plantonista para ir comigo para dar a notícia. Não vai tu, não quero ir sozinha, que saco ir sozinha. (M3)

.Quintana (2009) aponta que o médico pode falar racionalmente da morte, o que não pode permitir é senti-la, que ela toque seus sentimentos, porque é nesse momento que ele seria obrigado a aceitá-la concretamente não apenas para seu paciente, mas para si próprio. Nesse isolamento de emoções, através do desconhecimento de seus sentimentos em relação à morte, é que o médico encontra uma de suas principais defesas contra a angústia.

Sucupira (2007) salienta a importância da relação médico-paciente nos atendimentos de urgência ou prontos atendimentos. A autora refere que a angústia do paciente e dos familiares não deve ser percebido como um fator que modifique o ambiente de trabalho do profissional, e sim deve ser vista como um aspecto do atendimento a ser abordado. Em contra partida, percebeu-se nas falas do médico que a angústia dos familiares frente a uma má notícia é fator de angústia também para os médicos, dificultando o trabalho dentro do Pronto Socorro. Isso se reflete nas falas a seguir:

No PS não tem uma salinha, mas a gente sempre leva pra onde não tem ninguém. E aí a família se desespera na tua frente, na hora que tu fala. Aí quando tem um paciente muito grave, do PS, e fica um familiar junto, daí, quando tem uma parada, ou alguma intercorrência, daí a gente pede para a família sair e a família aguarda lá fora. E depois, se o paciente melhorou, a gente chama de volta e explica o que aconteceu. E se o paciente foi a óbito a gente tem que falar que foi a óbito. Então a família sempre se desespera na tua frente, a gente está falando, para o médico é sempre um desespero, né, porque sempre é um choque. Normalmente eu falo que o fulano chegou de tal e tal e tal maneira e que, infelizmente ele não sobreviveu, mesmo a gente fazendo tudo o que a gente podia. Aí fala isto e acabou a conversa, e a família que se desespera. Tem famílias que são mais contidas, tem famílias que são



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

mais desesperadoras, assim, tem algumas que já choram e tem umas que fazem besteiras no PS. Então eu falo mais nada e acabou, tinha que dar a notícia. (M3)

Das experiências traumáticas, o que ficou, lembro, de dar notícia, realmente o pior lugar é o PS, é o mais traumático (risos). (M3)

Acho que tinhas que falar de más notícias com a equipe do PS, lá, sim, é onde o bicho pega. (M2)

Porém, como demonstram as falas acima, deve-se considerar que há entre os profissionais da saúde um risco de ser invadido por uma ansiedade intensa e incontrolada, atenuada ou estimulada pelo próprio processo tecnológico do trabalho no hospital (Pitta, 2003). E na frente do médico, existe um paciente que experimenta pela primeira vez o impacto de saber que está com uma doença grave, muitas vezes ameaçadora da vida (Silva; Zago, 2005).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trabalho buscou abordar a comunicação das más notícias em Pronto Socorro, envolvendo situações onde não há prévia relação médico-paciente antes da primeira comunicação. No decorrer do texto apresentaram-se teorias que trouxessem embasamento para o assunto tratado. Além disso, foram inclusas, também, as falas dos médicos, recortadas das entrevistas, sobre o pronto socorro.

Essas falas trouxeram, no geral, o pronto socorro como um local não fértil para o desenvolvimento do vínculo do médico com o paciente e seus familiares. Ou seja, devido às urgências, o atendimento prioritário volta-se a diminuir sequelas dos pacientes e não à estruturação de vínculo. Além disso, o pronto socorro é trazido como um lugar de excessiva demanda que oferece pouco espaço para reflexão dos médicos sobre os acontecimentos e sua comunicação. Em relação a esta, parece ser ainda mais difícil no pronto socorro, em especial por não haver preparação dos pacientes e familiares para o recebimento de más notícias, como por exemplo, notícias de óbito, por, geralmente no Pronto Socorro, serem eventos inesperados. Destarte, a dificuldade se agrava, ainda mais, pela ausência do vínculo.

Sendo assim, o pronto socorro, neste trabalho, é desenhado como uma figura não agradável para os médicos e, principalmente, como uma experiência difícil de lidar. A



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

relação médico-paciente, assim como médico-familiares, se mostra ainda mais delicada, pois o pronto socorro é um lugar no qual o desenvolvimento do vínculo parece inexistente. Portanto, entende-se que o processo de comunicação de más notícias se torna tão complexo quanto o estabelecimento de uma boa relação no pronto socorro e um fator, inevitavelmente, influencia o outro. A partir das dificuldades apresentadas pelos médicos, sugere-se que pesquisas específicas no Pronto Socorro sobre relação médico-paciente e comunicação de más notícias sejam realizadas a fim de trazerem mais dados sobre o assunto e, a partir desses subsídios, encontrarem meios de mudanças positivas tanto para o médico quanto para os pacientes.

BIBLIOGRAFIA

- Bardin, L. (2010). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70 Ltda.
- Conselho Nacional de Saúde. (1996). Resolução N° 196/96 Sobre Pesquisa Envolvendo Seres Humanos. Decreto n° 93.933 de 14 de janeiro de 1987. Recuperado em 22 março, 2011, de <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/1996/Reso196.doc>
- Dal Pai, Daiane, & Lautert, Liana. (2011). Sofrimento no trabalho de enfermagem: reflexos do "discurso vazio" no acolhimento com classificação de risco. *Escola Anna Nery*, 15(3), 524-530. Recuperado em 13 maio, 2012, de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141481452011000300012&lng=en&tlng=pt.
- Díaz, F. G. (2006). Comunicando malas noticias en Medicina: Recomendaciones para hacer de la necesidad virtud. *Medicina Intensiva*, 30(9), 452-59. Recuperado em 30 abril, 2011, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-56912006000900006&lng=es&nrm=iso&tlng=es&tlng=es.
- Feliciano, Katia Virginia de Oliveira, Kovacs, Maria Helena, & Sarinho, Sílvia Wanick. (2005). Sentimentos de profissionais dos serviços de pronto-socorro pediátrico: reflexões sobre o burnout. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 5(3), 319-328. Recuperado em 13 maio, 2012, de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292005000300008&lng=en&tlng=pt.
- Freixo, M. J. V. (2006). *Teorias e modelos de comunicação*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Fumis, R. R. L. (2010). Comunicação das más notícias: Um cuidado com a saúde. *Revista Brasileira de Medicina - Especial Oncologia*, 67(1), 34-35. Recuperado em 22 abril, 2011, de http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=4295.



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

- Gomes, C. H. R., Silva, V. P. & Mota, F. F. (2009). Comunicação do diagnóstico de câncer: Análise do comportamento médico. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 55(2), 139-43.
- Helman, C. G. (2009). *Cultura, saúde e doença* (5a ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Payán, E. C., Montoya, D. A., Vargas, J. J., Vélez, M. C., Castaño, A. & Krikorian, A. (2009). Barriers and facilitating communication skills for breaking bad news: From the specialists' practice perspective. *Colombia Medica*, 40(2), 158-66. Recuperado em 22 abril, 2011, de <http://colombiamedica.univalle.edu.co/Vol40No2/html/v40n2a3.html>.
- Pereira, M. A. G. (2005). Má notícia em saúde: Um olhar sobre as representações dos profissionais de saúde e cidadãos. *Texto e Contexto Enfermagem*, 14(1), 33-37. Recuperado em 19 abril, 2011, de <http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n1/a04v14n1.pdf>.
- Pitta, A. (2003). *Hospital: dor e morte como ofício* (5a ed.). São Paulo: Annablume.
- Porto Editora. Dicionário da Língua Portuguesa – acordo ortográfico: o antes e o depois. (2011). Coleção Dicionários Editora: Porto Editora. Recuperado em 17 julho, 2011, de <http://www.infopedia.pt/lingua-portuguesa-ao/comunicação>.
- Quintana, A. (2009). Morte e formação médica: é possível a humanização? In F. S. Santos (Org.). *A arte de morrer – Visões plurais* (Vol. 2, pp. 37-48). São Paulo: Comenius.
- Silva, Carlos Maximiliano Gaspar Carvalho Heil, Rodrigues, Camila Herculano Soares, Lima, Jussie Correia, Jucá, Natália Braga Hortêncio, Augusto, Kathiane Lustosa, Lino, Carolina Arcanjo, Carvalho, Amanda Gisele Nobre, Andrade, Filipe Castro de, Rodrigues, Josiane Vasconcelos, & Caprara, Andrea. (2011). Relação médico-paciente em oncologia: medos, angústias e habilidades comunicacionais de médicos na cidade de Fortaleza (CE). *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(Supl. 1), 1457-1465. Recuperado em 13 maio, 2012, de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000700081&lng=en&tlng=pt.
- Silva, P. R. (2008). A comunicação na prática médica: Seu papel como componente terapêutico. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 24, 505-12.
- Silva, V. C. E. & Zago, M. M. F. (2005). A revelação do diagnóstico de câncer para profissionais e pacientes. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 58(4), 476-80. Recuperado em 18 julho, 2011, de http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672005000400019&script=sci_arttext.
- Sucupira, Ana Cecília. (2007). A importância do ensino da relação médico-paciente e das habilidades de comunicação na formação do profissional de saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 11(23), 624-627. Recuperado em 12 maio, 2012, de



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832007000300016&lng=en&tlng=pt.

Turato, E. R. (2005). Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: Definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Revista de Saúde Pública*, 39(3), 507-14.





III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

A criança medicada: estudo em um CAPS infanto-juvenil

Cristiane Camponogara Baratto ¹

Natália de Andrade de Moraes ¹

Marisangela Spolaôr Lena ¹

Hericka Zogbi Jorge Dias ¹

¹ Universidade Federal de Santa Maria (UFSM)

RESUMO

Este recorte de pesquisa tem por objetivo apresentar dados quantitativos relativos ao uso de medicação por crianças usuárias do CAPSi da cidade de Santa Maria. Estes dados foram coletados a partir de um questionário sócio-demográfico, aplicado após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelos pais das crianças participantes do estudo e aceitação verbal por parte dessas. Os dados obtidos foram digitados e analisados através do banco de dados SPSS 17.0. Participaram desta pesquisa 31 crianças, cuja maioria é do sexo masculino 66.7% (21 sujeitos) e a minoria do sexo feminino 32.3% (10 sujeitos), tendo média de idade de 9.39 anos ($dp=2.68$). Como resultados foi possível constatar o alto número de crianças medicadas, sendo que a maioria faz uso de remédios psiquiátricos. Pode-se pensar no pouco engajamento dos serviços de saúde mental nas propostas reformistas e preceitos do SUS, que prevêem a reinserção social do indivíduo de forma humanizada e menos medicalizante. Acredita-se que a medicação se faz importante no conjunto do tratamento, no entanto, atenta-se para a necessidade de maior atenção a essa questão, principalmente quando se fala em pacientes infantis.

Palavras-chave: Medicação; Infância; CAPS infanto-juvenil

INTRODUÇÃO



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Na atualidade das publicações científicas, encontra-se ainda uma escassez significativa de estudos relacionados às novas formas de atendimento em saúde mental a crianças e adolescentes, bem como de estudos que avaliem as crianças usuárias de CAPS infantil. A maioria dos estudos existentes avalia os profissionais, a família e o serviço. Estudos com a infância se fazem cada vez mais necessários, considerando o aumento da preocupação com a intervenção nessa fase da vida (Assis, Avanci, Pesce & Ximenes, 2009). Nesse sentido, Matos (2004) reconhece as necessidades do atendimento em saúde mental da população, atualmente, e aponta para a importância de se estudar esses contextos, visto que se apresentam como áreas mais promissoras de investigação e intervenção psicológicas. Acredita-se que não apenas o estudo se faz necessário, mas propostas de tratamento precoce e preventivo, que atendam as demandas reais dos usuários dos serviços.

No que diz respeito à saúde mental, encontra-se estudos como o da Organização Mundial da Saúde (2001), que apresenta uma prevalência de problemas de saúde mental na criança que variam de 10 a 20%. No Brasil, Lauridsen e Tanaka (1999) evidenciaram, na cidade de São Paulo, que a prevalência de queixas relativas a problemas “dos nervos”, tais como irritação, agitação, nervosismo e choro, em crianças e adolescentes atinge 4.7% dos pesquisados. Mais recentemente, Tengan (2004) identificou que de 1 a 4% dos sintomas psicóticos e outros de maior gravidade iniciam antes dos 15 anos. Com esses estudos, pode-se pensar em uma alta incidência de sofrimento psíquico em idades muito precoces do desenvolvimento humano.

O termo “sofrimento psíquico”, e principalmente o “sofrimento psíquico grave”, pode ser entendido como se referindo ao que é impossível definir de forma simples, ao que foge do normal e beira o inadmissível. Nisso se inclui toda manifestação aguda do sofrimento humano, em todas as suas formas de expressão: seja comportamental, seja pela linguagem (Costa, 2003). Essas manifestações, por vezes, são relacionadas a quadros de autismo, psicose e neuroses graves.

Expondo outro viés, Marcelli e Cohen (2010) afirmam que os manuais diagnósticos mais difundidos em serviços de saúde (a Classificação Internacional de Doenças – CID-10 e o Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais – DSM-IV) mostram as psicoses infantis não como sofrimentos psíquicos graves, mas como transtornos. Dessa



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

forma, encontra-se “transtornos invasivos do desenvolvimento” e “transtornos globais do desenvolvimento”, que se caracterizam por alterações na capacidade de comunicação do indivíduo, perturbação nas relações e atividades e interesses repetitivos. De outro modo, para a psicopatologia, as psicoses infantis se apresentam enquanto alteração na organização da personalidade do indivíduo, variando a capacidade de adaptação à realidade de acordo com o nível de exigência social e de angústia da criança.

Outra forma de olhar a psicose infantil é a partir de visões psicanalíticas como a de Bernardino (2002). Esta afirma a impossibilidade de definição diagnóstica na infância, propondo que as psicoses infantis sejam percebidas apenas como “não-decididas”. Não-decididas no sentido de não se considerar apenas a sintomatologia apresentada e de se atentar à indefinição própria do infantil, que traz a necessidade de um tempo de escuta para que se possa confirmar a estrutura que ainda está em formação. A autora propõe a possibilidade de reestruturação da criança, considerando o período de constituição em que se encontra. Assim, frente a um quadro de sofrimento psíquico grave, poder-se-ia dizer, por exemplo, que uma criança “está” psicótica, mas não que “é” psicótica.

As políticas públicas voltadas à saúde mental infanto-juvenil são bastante recentes. Em geral, era comum que as crianças e adolescentes fossem tratadas em instituições pedagógicas, sem uma preocupação terapêutica maior. Mesmo com o surgimento do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), no início da década de 90, esse contexto permaneceu o mesmo. Foi apenas a partir da Portaria 336, do Ministério da Saúde, de 2002, que essa população foi devidamente reconhecida em sua importância, visto que se deu o estabelecimento dos Centros de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenis (Brasil, 2004; Guerra, 2005). Desde então, os CAPSi detêm a especificidade do tratamento a esse público. No entanto, é imprescindível ressaltar que o tratamento não se dá apenas no CAPSi, mas que este organiza as propostas terapêuticas em diálogo com a rede de saúde mental que está inserido.

Para que se proporcione um atendimento adequado às crianças usuárias desse serviço público, é importante que se possa conhecer suas características individuais e os vários aspectos do seu desenvolvimento, a partir de uma avaliação global. Assim, estes locais, enquanto dispositivos, devem se utilizar de alternativas que ofereçam às crianças uma proposta individual de intervenção terapêutica, podendo envolver outros locais de



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

atendimento, na medida em que se fazem necessários para proporcionar o tratamento adequado (Hoffmann, Santos & Motta, 2008; Ministério da Saúde, 2004).

A avaliação global da criança, seja ela sistemática ou não, vai ao encontro do que o Ministério da Saúde (2004) propõe para o funcionamento dos CAPSi (e dos CAPS em geral). A noção de clínica ampliada é desenvolvida juntamente com a descentralização do modelo biomédico de percepção do indivíduo, de modo que todos os aspectos do seu desenvolvimento e contexto social sejam considerados ao se traçar um plano terapêutico. Este é um dos principais conceitos norteadores dos CAPS, visto que o distancia dos antigos atendimentos ambulatoriais e estritamente clínicos.

Apesar da existência de diversas políticas e preceitos que orientam e regulamentam o funcionamento dos CAPS, percebe-se, na prática, uma constante necessidade de repensar esses serviços e de reafirmá-los enquanto dispositivos de tratamento e de inserção social. É, então, a partir da percepção da necessidade de se inserir nos CAPS para a realização de estudos e construção conjunta de intervenções, que o Grupo de Pesquisa Psicologia das Relações e Saúde, do Departamento de Psicologia da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), desenvolveu o PROCONVIVE: Projeto de implantação do espaço de convivência permanente para crianças usuárias do CAPS infantil da cidade de Santa Maria, RS, e avaliação do impacto da intervenção terapêutica em usuários e funcionários do CAPSi (DECIT/SCTIE/MS, CNPq, FAPERGS, SES/RS; Edital PPSUS 02/2009; Nº 0900982). Este trabalho é parte integrante da pesquisa realizada no local, no Tempo 1 da coleta de dados (ou seja, antes do início das atividades de extensão).

OBJETIVOS

Este trabalho pretende apresentar dados de abordagem quantitativa, relativos ao uso de medicação por crianças usuárias do CAPSi da cidade de Santa Maria. Além deste aspecto, também serão apresentados dados referentes ao sexo e idade dos participantes.

METODOLOGIA

Os dados apresentados neste estudo caracterizam-se por ser de abordagem quantitativa, ou seja, numéricos. A entrada e análise dos dados foram feitas através do



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

banco de dados SPSS versão 17.0. A análise é descritiva (frequências, percentuais, média, moda e mediana) e por meio da correlação de Pearson (Ferreira & Moura, 2005).

Para a coleta dos dados, foi utilizado um questionário de dados gerais para o usuário. Este é uma adaptação do questionário utilizado na pesquisa "Os CAPS e os cuidados psicossociais: cenários e possibilidades na evolução dos portadores de sofrimento psíquico em Pelotas - RS" (CNPq - Edital 07/2005 Saúde Mental – Processo: 554554/2005-4, sob a coordenação da Dra. Elaine Tomasi, UCPEL/UFPEL) e possui perguntas que investigam: sexo, idade, escolaridade, raça/cor, ocupação, renda familiar, uso de medicamentos, diagnóstico, comorbidades, entre outras informações acerca do usuário do serviço.

O questionário poderia ser respondido diretamente pelo usuário ou, também, por seu cuidador ou técnico de referência. O instrumento foi aplicado apenas mediante a explicação dos objetivos da pesquisa aos responsáveis pela criança, que deveriam assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Igualmente, a criança deveria aceitar verbalmente sua participação, sendo os critérios éticos obedecidos.

Foram consideradas crianças os usuários do CAPSi com idade inferior a 12 anos, como institui o Estatuto da Criança e do Adolescente (1990).

RESULTADOS E DISCUSSÕES

A partir do processo de coleta de dados, a amostra compôs-se por 31 crianças que estavam em atendimento no CAPSi de Janeiro a Julho de 2011 e responderam ao questionário. Das 31 crianças, 66.7% são do sexo masculino (21 sujeitos) e 32.3% do sexo feminino (10 sujeitos). A média de idade encontrada foi de 9.39 anos ($dp=2.68$).

Esta informação corrobora com outros estudos (Schoen-Ferreira, Silva, Farias & Silhares, 2002; Bernardes-da-Rosa, Garcia, Domingos & Silhares, 2000; Ancona-Lopez, 1981), que afirmam que as meninas são menos suscetíveis às tensões psicossociais da infância e evidenciam que crianças do sexo masculino procuram mais os serviços de atenção à saúde e com queixas de mau desempenho na escola, comportamento agressivo e desobediência.

Um dado importante em relação à saúde das crianças do CAPSi diz respeito à medicação. Com relação a isso, encontrou-se um número elevado de crianças medicadas:



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

80.6% (25 sujeitos) estavam utilizando pelo menos uma medicação, sendo a maioria psiquiátrica. Com esse dado, pode-se pensar na efetividade e cumprimento dos princípios propostos pelo Ministério da Saúde e pela Reforma Psiquiátrica para o funcionamento de serviços vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS). Estes, e principalmente os CAPS, deveriam funcionar de acordo com uma proposta de tratamento que vise a reinserção do indivíduo acolhido ao meio social, através de um processo humanizante que destitua a medicalização de um lugar central, este reservado ao próprio sujeito. Considera-se que o tratamento com psicofármacos, ainda que fundamental em certos casos, pode ter inúmeros efeitos no desenvolvimento infantil, bem como no próprio processo de inserção no meio social.

Os medicamentos utilizados pelas crianças do CAPSi que participaram da pesquisa englobam diversas categorias (na ordem decrescente de uso): Antipsicóticos (Risperidona, Haloperidol); Anticonvulsivante/Estabilizador do Humor (Carbamazepina); Estimulante do Sistema Nervoso Central (Ritalina®); Antidepressivos (Imipramina, Cloridrato de Sertralina); Anticolinérgico (Artane®); Outros (Amoxicilina, Xarope, Puran®, Remédio para anemia, Laxante, Leite de Magnésia).

A partir disso, percebe-se a alta incidência do uso de medicação antipsicótica pelas crianças usuárias do serviço, sendo que foram encontrados casos em que mais de um antipsicótico era indicado à mesma criança, além da combinação de diferentes categorias de medicações psiquiátricas. Nesse sentido, reforça-se que há a possibilidade das crianças usuárias deste serviço estar sendo “super-medicadas”, fazendo uso de medicamentos psiquiátricos e dosagens iguais às administradas aos adultos. Vê-se que ainda nos dias de hoje, há poucas pesquisas sobre os efeitos que este tipo de tratamento pode ter em pacientes infantis, o que torna mais preocupante o uso de medicações nessa população, pois acaba por ser um “teste” a cada administração.

Uma pesquisa realizada em CAPSi (Ronchi & Avellar, 2010) envolveu 51 crianças e adolescentes, sendo que 48 faziam uso de medicamento. Da mesma forma que o presente estudo, os autores encontraram prevalência do uso de antipsicóticos (86.3%), seguido de anticonvulsivantes (72.5%), antidepressivos (43.1%) e anfetamínicos (21.6%). Estes resultados são semelhantes com os encontrados nesta pesquisa com relação ao uso maior de antipsicóticos, seguido de anticonvulsivantes, além de mostrar a realidade da medicalização da infância que ocorre nesses serviços de saúde mental.



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

O alto índice de uso de medicamentos pode ser explicado por Ferrazza, Rocha e Rogone (2010), que afirmam que a mecânica da clínica contemporânea se baseia na rotulação de diagnósticos juntamente ao uso abusivo de medicamentos psicofarmacológicos, ou seja, há uma supervalorização do biológico e um consequente abandono da compreensão da estrutura psíquica. É importante indicar que, além disso, apresentam-se questões de mercado: a relação entre médicos e laboratórios farmacêuticos que pode existir por trás da indicação dos medicamentos para uso infantil. Esses mesmos autores ainda comentam sobre os efeitos colaterais que a medicação tem nas crianças que, se em excesso, são severos e com graves seqüelas, ainda pouco previsíveis.

CONCLUSÕES

As políticas públicas de saúde mental voltadas à infância e adolescência ainda são bastante recentes. Encontram-se, portanto, no início do seu processo de construção, esta que deve ser contínua. É nessa realidade que este recorte de pesquisa se insere, visto que a questão da medicalização de crianças usuárias de serviços voltados à atenção psicossocial vai de encontro ao que tem sido pensado em termos de políticas públicas em um contexto pós-reformista.

Considerados os dados da pesquisa, indicativos de alto nível de medicação das crianças do CAPSi estudado, pode-se questionar acerca do lugar ocupado pelos psicofármacos no tratamento em saúde mental. Ainda, sobre o fator determinante da necessidade dessas crianças estarem usando medicação ou, pelo menos, a necessidade de estarem usando da forma como estão.

Sabe-se da importância do tratamento medicamentoso, mas também sobre os danos, ainda desconhecidos, que o seu excesso pode trazer ao desenvolvimento infantil. Dessa forma, acredita-se que é imprescindível a manutenção de dispositivos como o CAPSi, funcionando, de fato, segundo as propostas que baseiam o seu estabelecimento enquanto instituição de cuidado. Ou seja, buscando um tratamento no qual o foco não seja na doença, na medicalização e na exclusão das crianças em sofrimento psíquico intenso.

É visto que há uma necessidade de ampliação de estudos sobre o uso de medicações psiquiátricas por pacientes infantis e que esta pesquisa se refere a uma instituição em específico. Finalmente, pretende-se que trabalhos como este possam estimular a reflexão



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

sobre a realidade da saúde mental e a necessidade de se estar constantemente (re)pensando as formas de atenção aos sujeitos.

REFERÊNCIAS

- Ancona-Lopez, M. (1981). *Avaliação de serviços de Psicologia Clínica*. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.
- Assis, SG; Avanci, JQ; Pesce, RP; Ximenes, LF. (2009) Situação de crianças e adolescentes brasileiros em relação à saúde mental e à violência. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(2), pp.349-61.
- Bernardes-da-Rosa, LT; Garcia, RM; Domingos, NAM; Silhares, EFM. (2000). Caracterização do atendimento psicológico prestado por um serviço de psicologia a crianças com dificuldades escolares. *Estudos de Psicologia*, 17(3), 5-14.
- Bernardino, LMF. (2004). *As psicoses não decididas da infância: Um estudo psicanalítico*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Brasil. (2004). *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Costa, II. (2003). *Da fala ao sofrimento psíquico grave: ensaios acerca da linguagem ordinária e a clínica familiar da esquizofrenia*. Brasília: Editora e Gráfica Positiva/Abrafipp.
- Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA. *Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990* (1990). Diário Oficial da União.
- Ferrazza, DA; Rocha, LC; Rogone, HMH. (2010). A prescrição banalizada de psicofármacos na infância. *Revista de Psicologia da UNESP*, 9(1), pp.36-44.
- Ferreira, MC; Moura, M L S. (2005). *Projetos de pesquisa: elaboração, redação e apresentação*. Rio de Janeiro: EdUERJ.
- Guerra, AMC. (2005). A psicanálise no campo da Saúde Mental Infanto-Juvenil. *Psychê*, 9(15), pp.139-54.
- Hoffmann, MCCL; Santos, DN; Mota, ELA. (2008). Caracterização dos usuários e dos serviços prestados por Centros de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil. *Cad. Saúde Pública*, 24, pp.633-42.



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

- Lauridsen, EP; Tanaka, O. (1999). Morbidade referida e busca de ajuda nos transtornos mentais na infância e adolescência. *Revista de Saúde Pública*, 33(6), pp.586-92.
- Marcelli, D; Cohen, D. (2010). *Infância e Psicopatologia*. Tradução Fátima Murad, Revisão técnica: Francisco B. Assumpção Jr. – 8ª Ed. Porto Alegre: Artmed.
- Matos, MG. (2004). Psicologia da Saúde, saúde pública e saúde internacional. *Rev. Análise Psicológica*, 3(22), pp.449-62.
- Organização Mundial da Saúde. (2001). *Relatório sobre a saúde no mundo 2001 – saúde mental: nova concepção, nova esperança*. Geneva: Organização Mundial da Saúde.
- Ronchi, JP; Avellar, LZ. (2010). Saúde mental da criança e do adolescente: a experiência do Capsi da cidade de Vitória – ES. *Psicologia: Teoria e Prática*, 12(1), pp.71-84.
- Schoen-Ferreira, T.H.; Silva, D.A.; Farias, M.A. & Silhares, E.F.M. (2002). Perfil e principais queixas dos clientes encaminhados ao Centro de Atendimento e Apoio ao Adolescente (CAAA) – UNIFESP/EPM. *Psicologia em Estudo*, 7(2), 73-82.
- Tengan, SK; Maia, AK. (2004) Psicoses infantis. *Jornal de Pediatria*, 80, pp.3-10.



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

A experiência grupal como um dispositivo avaliativo: para além das escalas

Adriane Roso ¹

Mauren de Vargas Minato ¹

Letícia Dalla Costa ¹

Mônica Angonese ¹

¹ Universidade Federal de Santa Maria (UFSM)

RESUMO

Este trabalho trata-se de um recorte da pesquisa “Saúde Sexual e Reprodutiva das Mulheres: o Grupo como Dispositivo”³. Através da pesquisa, vinculada à ação de extensão “Direitos Sexuais e Reprodutivos: Conversando sobre Saúde”, a qual realiza grupos de empoderamento com mulheres maiores de 18 anos pertencentes à comunidade santamariense, esperamos contribuir com o campo da psicologia grupal, além de mediar o processo de conscientização no que tange às perspectivas das mulheres quanto às suas necessidades e seus direitos, em relação à saúde sexual e reprodutiva; além disso, a pesquisa tem como propósito apreender o grupo como dispositivo de empoderamento. Foram utilizados diversos instrumentos para levantar elementos avaliativos do desenvolvimento grupal. Um desses instrumentos foi a Escala Fatorial de Socialização (EFS). Esse trabalho trata especificamente de descrever e lançar um olhar crítico à utilização da EFS, referente à atividade de extensão realizada no ano de 2011, nos grupos de empoderamento. A análise dos dados apontou uma possível discordância entre os resultados mostrados pelo instrumento e os dados verificados na vivência grupal. A Psicologia Social Crítica presta suporte à análise.

Palavras-chave: Psicologia Social; Psicologia Grupal; Escala Fatorial de Socialização.

INTRODUÇÃO

¹ Pesquisa contemplada com recursos do Edital MCT/CNPq N° 014/2010 – Universal.



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Conforme o Fundo de População das Nações Unidas, a equidade de gênero é um direito humano e o empoderamento (*empowerment*) das mulheres se constitui como imprescindível na promoção do desenvolvimento e na redução da pobreza (UNFPA, 2009 apud CLAM, 2010). Para contribuir com a reflexão acerca da equidade de gênero e buscando o empoderamento das mulheres, foi construído o projeto de extensão intitulado “Direitos Sexuais e Reprodutivos: Conversando sobre Saúde”, articulado, posteriormente, à pesquisa “Saúde Sexual e Reprodutiva das Mulheres: o Grupo como Dispositivo”. Essas atividades fazem parte do Grupo de Pesquisa “Saúde, Minorias Sociais e Comunicação”, vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Santa Maria – UFSM.

O projeto de extensão consiste em realizar grupos de empoderamento com mulheres maiores de 18 anos, pertencentes à comunidade santa-mariense. Atualmente, dois grupos ocorrem semanalmente, com duração de 60 minutos cada encontro e no ano de 2011 ocorreram de maio a dezembro, na sala de grupos da Clínica de Estudos e Intervenções em Psicologia (CEIP). Para participarem dos grupos, as mulheres interessadas em participar passam por um processo de triagem, no qual se busca conhecer o perfil das candidatas, bem como identificar suas motivações para ingressarem num processo grupal.

A visão sobre o dispositivo grupal é clínico-social, tomando da psicologia social crítica a noção de empoderamento e conscientização e recorrendo à psicanálise para subsidiar a leitura e a intervenção no campo grupal. O manejo através do acolhimento das mulheres e da escuta para além de sintomas visa provocar efeitos terapêuticos. Há, no processo de grupo, como salienta Figueiredo (2002), um fio condutor que liga [as mulheres]: estão ali buscando soluções para seu sofrimento. O problema de um/a pode interessar, comover e, mesmo, provocar efeitos terapêuticos no outro/a.

Resumidamente, o processo do projeto consiste: (a) entrevista de triagem, (b) aplicação de instrumentos de avaliação, (c) desenvolvimento dos grupos e (d) re-aplicação dos instrumentos. A aplicação dos instrumentos tem a finalidade de construir indicadores de avaliação do processo grupal, isto é, observar se houve alguma mudança no modo de se relacionar e/ou de se posicionar perante outras pessoas e aos temas voltados às questões de direitos sexuais e reprodutivos.



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Nesse trabalho nos interessa em específico um dos instrumentos aplicados que é a Escala Fatorial de Socialização (Nunes e Hutz, 2007).

DESENVOLVIMENTO

A Escala Fatorial de Socialização (Nunes e Hutz, 2007) foi desenvolvida a partir de um projeto de pesquisa que visa desenvolver e validar instrumentos para avaliação da personalidade no Brasil. De acordo com Nunes e Hutz (2007), a socialização é um importante componente da personalidade humana que descreve a qualidade das relações interpessoais dos indivíduos. A EFS considera três aspectos: amabilidade (S1), pró-sociabilidade (S2) e confiança (S3).

A EFS é constituída de três escores, sendo: S1=amabilidade, S2= pró-sociabilidade e S3= confiança. O fator amabilidade agrupa itens que descrevem o quão ansiosas, compreensivas e empáticas as pessoas procuram ser com as demais, indicando também o quão agradáveis as pessoas buscam ser com os outros, no sentido de ser educadas com as pessoas e se importando com as suas necessidades. O fator pró-sociabilidade diz de um agrupamento de que descrevem comportamento de risco, de concordância ou confronto com leis e regras sociais, moralidade, auto e hetero-agressividade, além de padrões de consumo de bebidas alcoólicas. No último fator a ser avaliado, ou seja, a confiança são agrupados itens que descrevem o quanto as pessoas confiam nos demais e acreditam que elas não as prejudicarão.

OBJETIVOS

Descrever e desenvolver uma compreensão crítica à utilização de uma escala fatorial em grupos de empoderamento.

METODOLOGIA



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Além dos discursos produzidos nos grupos, foram aplicados diferentes instrumentos, com o intuito de levantar elementos avaliativos do desenvolvimento grupal quanto ao empoderamento das mulheres. Um dos instrumentos é Escala Fatorial de Socialização (Nunes e Hutz, 2007). Pensando que os direitos sexuais e reprodutivos e a saúde em geral das mulheres estão diretamente relacionadas aos modos estabelecidos de relações, acreditou-se que a aplicação da escala poderia auxiliar na identificação de alguns elementos importantes das relações interpessoais que pudessem orientar a construção de intervenções que contemplassem o fortalecimento dos três aspectos referidos. Deste modo, esse estudo envolve a reflexão teórico-metodológica sobre as relações entre a produção de discurso no campo grupal com os resultados da aplicação de uma escala fatorial.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

As escalas foram aplicadas ao final das entrevistas de triagem ou ao término da sessão grupal. As instruções foram lidas pela mediadora principal e a seguir as participantes responderam a escala. Os dados foram tabulados e calculados com o auxílio de computador e de acordo com as pautas oferecidas pelas teorias específicas. Foi utilizada estatística descritiva simples.

Ao total, 36 mulheres se inscreveram para participar dos grupos. Destas, 26 passaram por entrevista de triagem, pois 10 não compareceram à entrevista. Das 26 entrevistadas, oito não foram selecionadas, uma ficou em fila de espera, quatro foram selecionadas, mas não compareceram a nenhum encontro e 13 participaram de pelo menos um encontro. As mulheres foram organizadas em dois grupos, nomeados aqui como grupo A e grupo B. Ao grupo B, somaram-se duas mulheres que estavam em fila de espera, que se inscreveram para participar da edição anterior (2010).

O grupo A teve 25 encontros e foi constituído, ao todo, por 7 participantes, além de três mediadoras, sendo uma psicóloga e duas estudantes de psicologia. O grupo B teve 26 encontros e foi constituído, ao todo, por 8 participantes, além de três mediadoras, sendo uma psicóloga e duas estudantes de psicologia. Nos dois grupos, foi aplicada a Escala Fatorial de Socialização (EFS) em todas as mulheres que, após o processo de triagem, foram encaminhadas a participar dos grupos de empoderamento.



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Escala Fatorial de Socialização (EFS) foi aplicada em 12 mulheres no total, sendo 6 em participantes do grupo A, 5 em participantes do grupo B e 1 aplicada em uma mulher que participou da triagem, mas não fez parte do grupo.

Reaplicação

A proposta inicial do projeto era aplicar os instrumentos na triagem e/ou no início dos encontros de grupo e também ao final dos grupos (após aproximadamente 8 meses), com o intuito de verificar alterações nos escores. Entretanto, tomou-se a decisão de não reaplicar a EFS.

A reaplicação dos instrumentos foi longamente discutida nas reuniões de supervisão da ação de extensão, bem como nas reuniões de pesquisa. O grupo entrou em conflito, pois no projeto estava prevista a reaplicação e deveríamos prestar contas desse elemento ao agente financiador. Entretanto, dois fatores pesaram na decisão de não-reaplicar:

- a aplicação dos instrumentos tomava o tempo do grupo; isto é, as mulheres estavam tão engajadas nas reflexões que a inserção de instrumentos de medição/quantitativos produziria uma quebra no andamento do grupo;
- os resultados obtidos a partir da primeira aplicação eram avessos ao que se verificava na experiência grupal;
- o manual da EFS não propiciava elementos suficientes que nos respaldassem quanto a uma devolução adequada dos dados levantados.

Deste modo, a cada supervisão debateu-se sobre que atitude tomar. O ponto nodal foi a constatação em relação à EFS que os escores obtidos descreviam a amabilidade (S1), pró-sociabilidade (S2) e confiança (S3) das participantes muito diferentemente da percepção que se tinha na relação grupal com elas: enquanto a escala revelou baixos escores de socialização, verificamos o contrário.

As escalas não consideram as histórias das mulheres, seus contextos socioculturais. Pensando o grupo como um dispositivo no qual a narrativa grupal nos ajuda a compreender como as pessoas se familiarizam com o Outro nos grupos, nas relações sociais, ou dito de outro modo, a compreender por que somos o que somos (Jovchelovitch, 2008, p.261), percebeu-se que através das relações construídas, a leitura que o próprio grupo fez de si não se enquadra em “fatores”, na medida em que as relações estão para além desse campo.



Para além das escalas e medidas: construindo modos de intervenções no dispositivo-grupo

Inicialmente, faz-se importante pensar acerca do que é da ordem da ciência, pois em um trabalho que visa refletir sobre um instrumento, que se propôs a medir o desenvolvimento de um grupo, inevitavelmente passa-se pelo campo do científico.

Segundo Souza e Pereira (2008), a ciência é vista como alargada em grande escala por uma vasta linha de instrumentais técnicos. Tais instrumentais constituem um rico aparato que objetiva nortear as ações daqueles que o manuseiam. Dessa forma, a realidade pode ser domada em proveito de um suposto humanismo progressista. Assim, não há outra forma de extensão deste domínio do que a criação de instrumentos precisos que permitam uma operação capaz de modificar, de forma objetiva, o curso das coisas humanas em proveito da realização de uma potência.

Pensa-se aqui na ciência como a possuidora de instrumentais que venham a responder cientificamente o que é da vida humana. Nesse sentido, é possível remeter-se a inserção da Escala Fatorial de Socialização no campo grupal como o instrumento científico que viria para avaliar o desenvolvimento grupal.

Ainda pensando nessa questão, Souza e Pereira (2008) situam a instalação de um sutil paradoxo, na medida em que a realização da potência humana passa por uma objetivação positiva dos fenômenos. Passa-se assim a uma lógica causal, onde há a categoria de universalidade (que acompanha o finalismo do conhecimento), apagando-se dessa forma, os espaços para manifestações subjetivas. Percebe-se nessas operações o que os autores chamam de uma elisão do sujeito.

Percebeu-se que, para as mulheres, responder a escalas e receber o retorno da mesma é justamente por essa universalidade, onde os escores baixos mostravam o quanto o grupo não estava bem. Nessa perspectiva das escalas, não se apresentavam espaços para as manifestações subjetivas, para o próprio grupo falar em nome próprio o que sentia.

Para Souza e Pereira (2008), se a ciência moderna e a técnica a ela vinculada aumentam a capacidade de compreensão, domínio e intervenção no mundo das coisas, ela o faz à custa de um irrevogável silêncio. Com base nas premissas de neutralidade objetiva, de finalismo universal, de arrolamentos causais irreversíveis, ela retira do sujeito sua enunciação. Fazendo do discurso vinculado por esta ciência, o discurso que tudo responde. Assim, para os autores, a sua tentativa é a de tampar todo o buraco, de possuir um



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

conhecimento sem limites, ou, ao menos, limitado pela própria verdade do seu dizer: a palavra final.

É possível fazer uma aproximação do discurso da ciência com o discurso que circula na sociedade contemporânea, pensando, nesse último, como um discurso “verdadeiro”, absoluto e padronizado. Assim, cabe remeter-se a Roudinesco (2000) quando aponta à sociedade contemporânea como uma sociedade que se caracteriza pela tentativa de padronizar comportamentos na intenção de produzir algo da ordem de uma “normalidade”. Assim, para a autora, há uma valorização das substâncias químicas, das respostas biológicas que passam a explicar os afetos do sujeito. Nesse contexto, dá-se menos credibilidade à linguagem e ao manejo da mesma. Entende-se a EFS como uma tentativa de avaliação de um padrão comportamental/de socialização a cerca do que não é possível tampouco necessário medir: as relações, a sociabilidade, a subjetividade. A busca pela padronização pode levar ao silenciamento das diferenças e das singularidades das mulheres e à invisibilidade do que elas podem constituir como grupo.

Roudinesco (2000) ainda trabalha a questão de que hoje é dominante a ideia de uma redução da organização psíquica ao comportamento, sendo um exemplo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM (2000). E é com base no DSM que surge a Escala Fatorial de Socialização, instrumento utilizado na pesquisa.

Ao classificar, se mantém uma ilusão em relação ao objeto classificado, e essa ilusão é responsável pela clivagem das experiências dos sujeitos e suas vivências em grupo. A narrativa grupal pode permitir às pessoas uma familiarização com o Outro nos grupos, nas relações sociais, ou dito de outro modo, a compreender por que somos o que somos. Enfim, examinar e compreender “o encontro com o saber de outros pode contribuir para o processo de avaliar criticamente nosso próprio saber, para o desenvolvimento da conscientização e, em última instância, para o empoderamento de uma comunidade em direção a mudanças sociais efetivas” (Jovchelovitch, 2008, p.261).

Nessa direção é possível pensar a vivência no campo grupal como uma experiência. Bondía (2002) aponta para a palavra *experiência* dizendo que esta vem no latim *experiri*, provar. A experiência, em um primeiro momento, é um encontro ou uma relação com algo que se experimenta, que se prova. O autor complementa situando que o sujeito da experiência tem algo desse ser fascinante que expõe atravessando um espaço, colocando-se nele à prova e buscando nele sua oportunidade.



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Bondía (2002) propõe que o saber da experiência é um saber particular. Assim, a experiência não seria o que acontece. Para o autor, ela é o que nos acontece, dessa forma, duas pessoas ainda que enfrentem o mesmo acontecimento, não fazem a mesma experiência. O acontecimento é comum, mas a experiência é para cada qual a sua, singular e de alguma maneira impossível de ser repetida.

Pensando por essa perspectiva, é possível ler o que acontece nos grupos como uma experiência, na medida em que há em cada encontro um lugar possível para cada uma das mulheres se colocar à prova, buscando suas oportunidades através da relação com as demais mulheres. Esse movimento só é possível se a fala for levada em consideração. Da mesma forma que um acompanhamento do desenvolvimento grupal é possível se haver a escuta do que se passa no grupo.

CONCLUSÕES

A partir dos objetivos deste trabalho, pode-se compreender melhor a aplicação da Escala Fatorial de Socialização numa construção grupal, pois através da mesma foi possível perceber a discrepância entre as vivências grupais e os resultados apresentados pela escala.

Pode-se constatar que a EFS, utilizada como instrumento de avaliação do desenvolvimento grupal, não cumpriu com este objetivo pensando no contexto de grupos em questão. Nessa perspectiva, é possível lançar um questionamento acerca de avaliações que passam por critérios que reduzem o comportamento das pessoas.

Acredita-se que o grupo pode ser lido como um campo de experiências, na medida em que há em cada encontro um lugar possível para cada uma das mulheres falar sobre suas singularidades e buscar suas oportunidades através das trocas, ou seja, através da coletividade. Dessa forma considera-se o próprio discurso das mulheres como “o instrumento” que melhor avalia o desenvolvimento num contexto grupal, ou seja, o próprio grupo.

Assim, resulta que um olhar acerca do grupo torna-se mais interessante quando considerado a partir das relações estabelecidas entre os membros, considerando suas histórias e contextos socioculturais. Nessa perspectiva, apreende-se outra dimensão diferente das apresentadas na escala em questão.



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Por fim, considera-se importante que, nesse cenário de avaliação de desenvolvimento num contexto grupal, dê-se credibilidade à linguagem e ao manejo da mesma.

REFERÊNCIAS

- Barros, R. D. B. de. (1996). *Clínica grupal*. (N.7, 1-10) Revista de Psicologia/UFF.
- Bondía, J. L. (2002). *Notas sobre a experiência e o saber de experiência*. Revista Brasileira de Educação, jan-abr, nº 19. Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Educação. São Paulo, Brasil.
- CLAM. (2010). *Apostila Curso de especialização Gênero e Sexualidade (EGeS, do CLAM - Centro Latino-Americano em Sexualidade e Direitos Humanos - CLAM/IMS/UERJ, em parceria com a Secretaria de Políticas para as Mulheres (SPM/PR) - Unidade III*.
- DSM –IV- TR (2000). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. Porto Alegre: Artmed.
- Figueiredo, A. C. (1997). *Vastas confusões e atendimentos imperfeitos. A clínica psicanalítica no ambulatório público*. Rio de Janeiro: Relume Damará.
- Jovchelovitch, S. (2008). *Contextos do saber: Representações, comunidade e cultura*. Petrópolis: Vozes.
- Nunes, C. H. S. da S.; Hutz, C. S. (2007). *Construção e validação da Escala Fatorial de Socialização no modelo dos Cinco Grandes Fatores de Personalidade*. Psicologia Reflexão e Crítica, Porto Alegre, (V.20, nº1.). Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010279722007000100004&lng=pt&nrm=iso
- Roudinesco, E. (2000). *Por Que A Psicanálise?* Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Sancineto, C. H.; Hutz, C. (2007) *Escala Fatorial de Socialização – EFS*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Sousa, E. L., Tessler, E., Slavutzky, A. *A invenção da vida: arte e psicanálise* (2001). Porto Alegre: Artes e Ofícios.
- Souza, Marcelo Fonseca Gomes de e PEREIRA, Marcelo Ricardo. O impacto do discurso da ciência na relação professor-aluno: repercussões em psicanálise. *Estilos clin.* [online]. 2008, vol.13, n.24, pp. 210-223. ISSN 1415-7128.



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

A gravidez na adolescência em famílias envolvidas com a violência

Fernanda Altermann Batista ¹

Ana Cristina Garcia Dias ¹

¹ Universidade Federal de Santa Maria (UFSM)

RESUMO

Este estudo pretende identificar o que está sendo publicado em relação à gravidez na adolescência em famílias envolvidas com a violência, procurando identificar o contexto familiar nesse processo. Foi realizado um levantamento sistemático da literatura brasileira na base de dados scielo a partir dos descritores: gravidez na adolescência e violência; gravidez na adolescência e família e gravidez na adolescência, família e violência. Foram analisados um total de 14 artigos empíricos publicados entre 2000 e 2011. Os artigos foram analisados e submetidos à análise de conteúdo temática, na qual foram destacadas três categorias: 1) Reação dos familiares à notícia da gravidez; 2) Apoio familiar; 3) Diálogo sobre sexualidade e gravidez. Foram relatadas dificuldades em relação aos padrões de relacionamento familiar, ao estabelecimento de autonomia das adolescentes e no desenvolvimento do diálogo entre pais e filhos. Percebe-se que os pais responsabilizam as adolescentes por seu comportamento sexual e reprodutivo, especialmente após a ocorrência da gestação. O apoio familiar é bastante discutido nas pesquisas, revelando que a maioria das famílias acaba ajudando as adolescentes nesse momento de suas vidas. As reações dos familiares à notícia da gestação podem ser tanto positiva como negativas. No segundo caso, as pesquisas enfatizaram aspectos relacionados à desestruturação familiar, ao contexto socioeconômico, ao alcoolismo na família e a violência para descrever as vulnerabilidades presentes nas famílias, que apresentam essas reações. Observa-se que foram descritas reações familiares violentas a notícia da gravidez, sem, contudo, aprofundar melhor o contexto de relações familiares estabelecidas entre pais e filhos. Considera-se importante explorar as relações familiares em profundidade para compreender como o contexto de violência intrafamiliar associa-se a situação de gestação



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

na adolescência. Essas informações podem auxiliar na construção de ações mais eficazes voltadas à família e aos adolescentes que vivenciam esses fenômenos.

Palavras-chave: Gravidez na adolescência; Família; Violência

INTRODUÇÃO

A Adolescência geralmente é caracterizada por mudanças físicas, mentais e emocionais relacionadas à construção de identidade pessoal, afetiva e sexual (Osório, 1996). É também permeada pelos processos que se desenvolvem em um período de descoberta dos próprios limites, de questionamentos dos valores e das normas familiares e de uma intensa adesão aos valores e normas dos grupos de amigos (Dias e Teixeira, 2010). Essa fase do desenvolvimento humano não é vista como um processo uniforme para todos os indivíduos, mas sim dependente de fatores contextuais, econômicos, culturais e históricos.

A gravidez na adolescência vem sendo estudada, nas últimas décadas, tendo em vista seu caráter complexo e dinâmico não sendo mais possível descrevê-la de forma determinística e causal (Heilborn et al, 2002; Patias e Dias, 2011). Na sociedade moderna, a gravidez na adolescência era vista como experiência indesejada, capaz de trazer diferentes consequências negativas, o que fazia com que se caracterizasse como um problema social e de saúde pública (Dias e Teixeira, 2010). Porém, pesquisas recentes têm procurado evidenciar que nem sempre a gravidez na adolescência pode ser identificada como um problema ou mesmo fator de risco para o desenvolvimento do indivíduo. Ela pode se encontrar dentro do projeto de vida de algumas jovens (Heilborn et al, 2002; Gontijo e Medeiros, 2004; Dias e Teixeira, 2010).

Frequentemente considera-se que as mudanças impostas por uma gravidez durante essa fase do desenvolvimento acabam desencadeando na adolescente a necessidade de assumir novos papéis nas relações interpessoais, além de uma série de mudanças em sua vida. A posição da adolescente gestante no contexto familiar é redimensionada, na medida em que ela precisa desenvolver habilidades e assumir responsabilidades relacionadas ao cuidado do bebê e de si mesma (Dias e Teixeira, 2010). Levandowski, Piccinini e Lopes (2008) ressaltam a importância de se considerar a diversidade de experiências envolvidas



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

na situação de gravidez na adolescência relacionadas às vivências da maternidade, às interações mãe-bebê e ao apoio familiar. Esses papéis podem, principalmente, sofrer influências do contexto familiar no qual adolescência está inserida.

As relações familiares, dessa forma, são importantes na vivência da gestação e maternidade na adolescência. Alguns autores (Pantoja, 2003; Gontijo e Medeiros, 2004; Cerqueira-Santos et al, 2010), ao estudarem os fenômenos da gravidez/maternidade em adolescentes em situação de risco, observam que, geralmente, os mesmos são percebidos de forma positiva pelas jovens, estando relacionados à ideias de reconhecimento social e passagem para a vida adulta. Esses mesmos autores sugerem ainda que a gravidez pode agir como fator de proteção para as adolescentes que se encontram em contextos de vulnerabilidade, trazendo benefícios psicossociais relacionados à convivência familiar, à redução dos riscos associados ao uso de drogas e à exposição à violência, dentre outros.

Investigar o contexto das relações familiares quando atravessados pelo fenômeno da gravidez na adolescência torna-se necessário principalmente em famílias envolvidas com a violência doméstica. Essa, por sua vez, é caracterizada pela violência física, sexual, psicológica e a negligência (Guerra, 2001). Considera-se que a violência pode afetar diretamente o desenvolvimento do indivíduo, influenciando nos seus processos de construção de si e do mundo, ou seja, dos objetivos de vida, das expectativas relacionadas ao futuro, dentre outros. Na adolescência a violência relaciona-se à comportamentos agressivos, uso de drogas, ao envolvimento com a lei (Benetti, Valentim, Fonini e Pelizzoni, 2005). Esses comportamentos, considerados de risco, podem desencadear comportamentos sexuais também avaliados como de risco, que podem levar a uma gestação na adolescência. A gravidez nesse período poderia ser percebida como forma de sair do contexto familiar violento, através do desenvolvimento de um novo núcleo familiar (Cerqueira-Santos et al, 2010; Oliveira-Monteiro, 2010).

OBJETIVOS E MÉTODO

Este estudo pretende identificar o que está sendo publicado sobre gravidez na adolescência em famílias envolvidas em situações de violência, procurando identificar características do contexto familiar que vivenciam essa situação. Para tanto, será realizada uma revisão sistemática artigos científicos publicados, entre 2000 a 2011, na base de dados



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

interdisciplinar Scielo – Scientific Eletronic Library Online
(<http://www.scielo.org/php/index.php>). Foram utilizados os descritores: gravidez na adolescência e violência; gravidez na adolescência e família; gravidez na adolescência, família e violência para identificar os trabalhos publicados sobre o tema.

Na etapa exploratória foram encontrados 26 artigos brasileiros: 4 artigos estavam relacionados aos descritores gravidez na adolescência e violência e 22 artigos relacionados aos descritores gravidez na adolescência e família. Não foram encontrados artigos que utilizavam os 4 descritores (gravidez, adolescência, família e violência) no período escolhido. Inicialmente se realizou a leitura dos resumos dos trabalhos identificados procurando-se delimitar a amostra de artigos a serem lidos na íntegra, a partir do foco desse estudo: o contexto familiar de adolescentes gestantes pertencentes a famílias envolvidas com a violência.

Os critérios de inclusão dos artigos para participação na amostra final do estudo foram: tratar do tema de gravidez ou maternidade na adolescência, amostra estudada ser compreendida por adolescentes ou familiares, abordar o contexto familiar nos resultados das pesquisas. Os critérios de exclusão foram: não se tratar de empíricos, enfocar apenas aspectos orgânicos da gestação na adolescência e não atender aos critérios de inclusão.

Nessa etapa inicial foram excluídos 12 artigos, sendo a amostra final contou com 14 artigos. Esses trabalhos foram submetidos à análise de conteúdo temática, na qual se buscou identificar grandes temas relacionados ao assunto gravidez na adolescência e violência; foram elencadas três categorias de análise: reação dos familiares à notícia da gravidez, apoio familiar e diálogos sobre sexualidade na família.

RESULTADOS

Reação dos familiares à notícia da gravidez

A gravidez na adolescência provocou impactos diferenciados sobre as relações entre os membros familiares, a dinâmica familiar e a vida das adolescentes, o que demandou muitas adaptações seja no aspecto financeiro, de moradia ou situação laboral nessas famílias (Hoga, Borges e Reberte, 2010). Entre as reações familiares, observa-se tendência à responsabilização da adolescente. A gravidez na adolescência é vista como



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

consequência da fraqueza ou falta da habilidade da adolescente em gerenciar sua vida reprodutiva, pois essa é responsabilizada por sua saúde reprodutiva, sendo desconsiderado o papel do parceiro no processo de contracepção (Hoga, Borges e Reberte, 2010; Hoga, Borges e Alvarez, 2009; Persona, Shimo e Tarallo, 2004; Lima et al, 2004).

Além disso, Hoga, Borges e Reberte (2010) apontam em seu estudo que a situação de gravidez na adolescência indica que os familiares não conheciam e/ou não tinham condições de prover as necessidades emocionais e de desenvolvimento das adolescentes. Os autores encontraram dificuldades no âmbito das relações parentais, especialmente, no sentido de uma construção de autonomia orientada para as filhas. Era difícil para os pais gerenciarem nas questões de amizade e de saídas noturnas dos filhos sem adotar uma postura rígida e controladora. Essa postura dos pais pode ter prejudicado o diálogo entre pais e adolescentes sobre iniciação sexual, sexualidade e adoção de métodos contraceptivos.

Dessa forma, a transmissão da notícia sobre a gravidez esteve associada ao medo da reação dos pais e do pai da criança. Quando as mães das jovens eram as primeiras a receber a notícia, elas assumiam o papel de comunicar ao restante da família a notícia. Moreira, Viana, Queiroz e Jorge (2008) apontam que o medo das adolescentes está principalmente em relação à figura paterna, referida como agressiva e ignorante. Esses pesquisadores encontraram dados similares nas adolescentes que eram criadas por padrastos e não tinham pais, o medo da reação dos homens, assim como do próprio pai da criança, por vezes, levaram a menina a realizar o aborto.

Apoio Familiar

Os estudos descrevem que as famílias oferecem apoio e suporte para as adolescentes grávidas, a exemplo de aceitar as filhas em casa após a gravidez, ajudar financeiramente e auxiliar na criação dos filhos. Em algumas famílias, a oferta de suporte esteve condicionada ao cumprimento de alguns requisitos pela jovem como, por exemplo, a adequação do comportamento da jovem ao papel materno, o que demanda, muitas vezes, mudanças importantes no estilo de vida das jovens (Hoga, Borges e Alvarez, 2009; Silva e Tonette, 2006; Lima et al, 2004; Almeida, Trindade, Gomes e Nielsen, 2003). A figura materna na fase de gestação e nos primeiros meses de vida do filho tende a ser valorizada



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

ou mesmo idealizada, assim são descritas mais experiências positivas em relação à vivência da gestação e da maternidade quando comparado aos depoimentos das figuras paternas que descreveram mais aspectos negativos. Com o crescimento do filho e o amadurecimento da adolescente, essa situação altera e os referenciais maternos são de idealizados e a figura paterna passa a ser percebida como mais positiva por quem (Oliveira-Monteiro, 2010).

A gravidez na adolescência é vivenciada de várias maneiras, dependendo de diversos fatores como crenças e valores familiares compartilhados, característica do vínculo adolescente e o pai da criança, condições de moradia, etc. Ela tende a ser percebida como positiva, quando a família se une para minimizar as consequências indesejáveis e a adolescente se encontra em um relacionamento fixo com o pai da criança (Hoga, Borges e Alvarez, 2010). Observa-se que as preocupações centram-se na estruturação de um novo núcleo familiar, ficando evidente o desejo da família de possibilitar a emancipação de seus filhos, sendo incentivada a união da adolescente com o pai da criança (Hoga, Borges e Reberte, 2009; Silva e Tonette, 2006; Persona, Shimo e Tarallo, 2004). A gestação e maternidade podem ser valorizadas, principalmente em camadas populares, pois se associam a afirmação da identidade feminina, através do desempenho de papéis ligados à família e cuidados com os filhos (Persona, Shimo e Tarallo, 2004; Lima et al, 2004).

As reações negativas dos familiares, por sua vez, são observadas quando não havia um relacionamento estável entre a adolescente e o pai da criança, havia desestruturação familiar, o contexto socioeconômico familiar apresentava-se como desfavorecido, havia a presença de violência doméstica e alcoolismo na família de origem da jovem (Oliveira-Monteiro, 2010; Hoga, 2008). A reação familiar ruim estava, muitas vezes, associada ao sofrimento psíquico, ao medo de enfrentar a situação perante a família ou pai da criança (Moreira, Viana Queiroz e Jorge, 2008; Sabroza, Leal, Souza Jr e Gama, 2004).

Oliveira-Monteiro (2010) e Hoga (2008) descrevem que um contexto familiar negativo gera preocupações na adolescente-mãe relacionadas à instabilidade na sua vida pessoal, à luta pela subsistência e às vicissitudes do seu relacionamento com o pai da criança. Essas preocupações estão associadas a um desejo de fugir dos problemas familiares e constituir uma nova família, mesmo em condições precárias. Assim, a experiência de gravidez e expectativa da maternidade futura aliadas à ideia da constituição da própria família, apesar das reações familiares serem negativas, acabam por promover



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

uma idealização muito positiva dessas experiências. A maternidade é percebida como uma forma de sair de um ambiente familiar violento para um no qual a jovem terá a própria família que a amará. Contudo, essa solução encontrada nem sempre corresponde a essas expectativas iniciais. Como, em muitos casos, a gravidez na adolescência, acontece no início do relacionamento do casal, quando o vínculo entre ambos ainda não está bem estabelecido, a jovem se vê abandonada pelo pai da criança com um filho. Ou quando o abandono não acontece, a reprodução de relações de gênero violentas pode ser vivenciada pela menina, nessa nova união. Dessa forma, essa situação pode vir a perpetuar o contexto familiar violento que a adolescente buscou fugir (Hoga, 2008; Brandão, 2009).

Diálogo sobre sexualidade na família

A maioria das famílias pesquisadas não chegou a desenvolver conversas com as adolescentes sobre sexualidade e formas de prevenir uma gravidez, embora o tema da sexualidade e suas consequências tenham e mostrado uma preocupação constante para as famílias. Muitos pais relataram nos estudos que acreditavam que seus filhos tivessem conhecimento sobre o assunto, recebidos da escola e dos meios de comunicação (Hoga, Borges e Alvarez, 2009; Silva e Tonette, 2006). Os estudos constatarem que os pais se encontram despreparados para assumir o papel de educadores sexuais dos filhos. Alguns pais justificaram não estar preparados para discutir sobre esses temas com os filhos por não terem vivenciado essa experiência com seus pais quando eram adolescentes (Soares, Amaral, Silva e Silva, 2008). Além de despreparados, os familiares apresentam dificuldades associadas à falta de informação e à não aceitação da sexualidade adolescente (Dias e Gomes, 2000).

Brandão (2009) observou que, nos seguimentos populares, o diálogo sobre sexualidade entre gerações é mais restrito. A gravidez, embora não planejada, acaba possibilitando o exercício sexual nessa fase da vida com menor constrangimento social, pois legitima o exercício sexual do jovem casal e o uso de métodos contraceptivos, além de aproximar a adolescente dos serviços de saúde.

CONCLUSÕES



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Os artigos observam que os pais responsabilizam a adolescente por seu comportamento sexual e reprodutivo, assim recebem mal a notícia da gestação da adolescente. Uma boa parte das adolescentes que passam pela experiência de gravidez e maternidade são provenientes de contextos familiares que apresentam dificuldades em diferentes áreas, tais como: comunicação, interação, presença de violência, etc. Essas características do contexto familiar geram sentimentos de medo na jovem, especialmente, no momento que ela realizará a revelação da notícia da gravidez pela adolescente.

Por outro lado, o apoio familiar foi bastante evidenciado nas pesquisas revelando que a maioria das famílias acabava ajudando as adolescentes nesse momento de suas vidas, sendo a figura materna dessas adolescentes mais valorizada e idealizada. A mãe era considerada uma referência positiva no auxílio aos cuidados dos filhos. A reação dos familiares à gestação esteve condicionada às crenças e aos valores familiares, as características do vínculo entre a adolescente e o pai da criança, a estrutura familiar, a condições econômicas e a presença ou não de violência nesse contexto anterior a gestação.

Considera-se importante explorar as relações familiares em profundidade nesse contexto de violência intrafamiliar, no qual ocorre a gravidez em adolescentes. Alguns assuntos que poderiam ser explorados em futuras pesquisas, por exemplo, são: relações entre estilos parentais de educação, práticas educativas, padrões de comunicação, papéis e relações familiares e gravidez na adolescência. Entende-se que o estudo aprofundado da gravidez na adolescência com o foco na família envolvida com a violência doméstica poderá auxiliar na construção de ações mais eficazes, inclusive Políticas Públicas, voltadas para famílias e adolescentes que se encontram envolvidos em relações e contextos violentos. Alguns estudos mostram a necessidade de quebrar a reprodução dos ciclos de violência, perpetuado por algumas jovens nos cuidados dos filhos.

REFERÊNCIAS

- Almeida, A. M., Trindade, R. F. C., Gomes, F. A., Nielsen, L. (2003). Maternidade na adolescência: um desafio a ser enfrentado. *Rev. Bras. Enferm. Brasília (DF)*, 56(5), pp. 519-522.
- Brandão, E. R. (2009). Desafios da contracepção juvenil: interseções entre gênero, sexualidade e saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, 14(4), pp. 1063-1071.



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

- Benetti, S. P.; Valentini, F.; Fonini, R. I.; Pelizzoni, V. G. (2005). A Violência Familiar na Perspectiva do Desenvolvimento de crianças e Adolescentes. In: Hurtz, Claudio Simon (Org). *Violência e Risco na infância e adolescência: pesquisa e intervenção*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Cerqueira-Santos, E.; Paludo, S. S.; Schiro, E. D. B.; Koller, S. H. (2010). Gravidez na adolescência: Análise Conceitual de Risco e proteção. *Revista psicologia em Estudo, Maringá*, v. 15, pp. 73-85.
- Dias, A. C. G.; Teixeira, M. A. P. (2010). Gravidez na adolescência: um olhar sobre um fenômeno complexo. *Paidéia*. Ribeirão Preto. V. 20, n. 45, pp. 123-131.
- Dias, A. C. G.; Gomes, W. B. (2000). Conversas, em família, sobre sexualidade e gravidez na adolescência: percepção de jovens gestantes. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 13(1), 109-125.
- Guerra, V. N. A. (2001). *Violência de pais contra filhos: a tragédia revisitada*. São Paulo: Cortez.
- Gontijo, D. T.; Medeiros, M. (2004). “Tava morta e revivi”: significado de maternidade para adolescentes com experiência de vida nas ruas. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, pp. 469-472.
- Heilborn, M. L.; Salem, T.; Rohden, F.; Brandão, E.; Knauth, D.; Victoria, C.; Aquino, E. (2002). Aproximações Socioantropológicas sobre a gravidez na adolescência. *Horizontes Antropológicos*, Porto Alegre, v. 8, n. 17, pp. 13-45.
- Hoga, L. A. K. (2008). Maternidade na adolescência em uma comunidade de baixa renda: experiências reveladas pela história oral. *Rev. Latino-am. Enfermagem*, 16(2), www.eerp.usp.br/rlae.
- Hoga, L. A. K., Borges, A. L. V., Alvarez, R. E. C. (2009). Gravidez na adolescência: valores e reações dos membros da família. *Acta Paul Enferm.*, 22(6), pp. 779-85.
- Hoga, L. A. K., Borges, A. L. V., Reberte, L. M. (2010). Razões e reflexos da gravidez na adolescência: narrativas dos membros da família. *Esc. Anna Nery Rev. Enferm.*, 14(1), pp. 151-57.
- Levandowski, D. C., Piccinini, C. A. & Lopes, R. C. S. L. (2008). Maternidade adolescente. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 25(2), pp. 251-263.
- Lima, C. T. B., Feliciano, K. V. O., Carvalho, M. F. S., Souza, A. P. P., Menabó, J. B. C., Ramos, L. S., Cassundé, L. F., Kovacs, M. H. (2004). Percepções e práticas de



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

- adolescentes grávidas e de familiares em relação à gestação. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant. Recife*, 4(1), pp. 71-83.
- Moreira, T. M. M., Viana, D. S., Queiroz, M. V. O., Jorge, M. S. B. (2008). Conflitos vivenciados pelas adolescentes com a descoberta da gravidez. *Rev. Esc. Enferm. USP*, 42(2), pp. 312-20.
- Oliveira-Monteiro, N. R. (2010). Percursos da Gravidez na Adolescência: Um Estudo Longitudinal Após uma Década de Gestação. *Psicologia Reflexão e Crítica*, v. 23, n. 8, pp. 278-288.
- Osório, L. C. (1996). *Família Hoje*, Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.
- Pantoja, A. L. N. (2003). “Ser alguém na vida”: uma análise sócio-antropológica da gravidez/maternidade na adolescência, em Belém do Pará, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro. v. 19, n. 2, pp. 335-343.
- Patias, N. D.; Dias, A. C. G. (2011). Fatores que tornam adolescentes vulneráveis à ocorrência de gestação. *Revista Adolescência e Juventude*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, pp. 40-45.
- Persona, L., Shimo, A. K. K., Tarallo, M. C. (2004). Perfil de adolescentes com repetição da gravidez atendidas num ambulatório de pré-natal. *Rev. Latino-am. Enfermagem*, 12(5), pp. 745-50.
- Sabroza, A. R., Leal, M. C., Souza Jr., P. R., Gama, S. G. N. (2004). Algumas repercussões emocionais negativas da gravidez precoce em adolescentes do Município do Rio de Janeiro (1999-2001). *Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro*, 20(1), pp. 130-137.
- Silva, L., Tonete, V. L. P. (2006). A gravidez na adolescência sob a perspectiva dos familiares: compartilhando projetos de vida e cuidado. *Rev. Latino-am. Enfermagem*, 14(2), pp. 199-206.
- Soares, S. M., Amaral, M. A., Silva, L. B., Silva, P. A. B. (2008). Oficinas sobre sexualidade na adolescência: revelando vozes, desvelando olhares de estudantes do ensino médio. *Esc. Anna Nery Rev. Enferm.*, 12(3), pp. 485-91.



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

**A inserção do Apoio Matricial em Estratégia de Saúde da Família por meio de um
Programa de Residência Multiprofissional Integrada**

Pâmela Kurtz Cezar ¹

¹ Centro Universitário Franciscano (UNIFRA)

RESUMO

Este trabalho consiste em um relato de experiência das atividades práticas desenvolvidas durante o período de junho de 2009 a junho de 2011 pelos profissionais da 1ª turma de Residência Multiprofissional Integrada e objetiva demonstrar a experiência de inserção do apoio matricial no contexto da Estratégia de Saúde da Família. Os resultados indicam que o Programa de Residência Multiprofissional Integrada possibilita um aprofundamento teórico-prático e o fortalecimento dos processos de trabalho das equipes de saúde. E as intervenções conjuntas entre Residentes e profissionais de Saúde da Família, por meio do apoio matricial, garantiram maior resolutividade e qualidade das ações. Conclui-se que o êxito das intervenções enquanto equipe de apoio matricial deve-se ao fato de ter-se construído intervenções coletivamente por meio de práticas integradas e compartilhadas. No entanto salienta-se que é preciso investir mais na Atenção Básica, sobretudo na Estratégia de Saúde da Família, além de efetivar os espaços de controle social, fortalecer as redes atenção e garantir ações de educação permanente aos trabalhadores de saúde.

Palavras-chave: Apoio Matricial; Saúde da Família; Residência Multiprofissional Integrada

INTRODUÇÃO E DESENVOLVIMENTO

As Residências Multiprofissionais são programas de Pós – Graduação, orientados pelos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). E considerados uma modalidade de formação em serviço que buscam qualificar os profissionais de saúde para



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

atuarem de forma integral, multiprofissional e interdisciplinar (Resolução da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde nº 2, 2012).

O Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde (RMISPS), da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), iniciou com a primeira turma em 2009, disposto em três áreas de concentração: Atenção Básica em Saúde da Família, Atenção Hospitalar e Gestão e Políticas Públicas e abrangendo profissões de Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional que atuam em conformidade com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde e da Política Nacional de Humanização. Pautado na lógica da Clínica Ampliada, almeja construir metodologias de cuidado em saúde que contribuam para a reestruturação dos modelos tradicionais de gestão-atenção-educação, com objetivo de aproximar a formação profissional das necessidades de saúde locais.

Por conseguinte, este trabalho traz o relato das vivências práticas dos profissionais da 1ª turma de Residência Multiprofissional Integrada, na ênfase de Atenção Básica em Saúde da Família, no período de junho de 2009 a junho de 2011. Nesse sentido, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) surge como uma proposta de reorganização dos serviços e ações em saúde a partir da Atenção Básica que objetiva substituir o modelo tradicional de atuação por um modelo voltado não somente as necessidades do usuário, mas também da comunidade a qual ele pertence. Para tanto, as equipes possuem caráter multiprofissional e são responsáveis pelo acompanhamento de um número limitado de famílias, localizadas em uma área geográfica definida e tem como prioridade as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde (Brasil, 2006; Costa & Carbone, 2004). É considerada o contato preferencial do usuário com o SUS. Este contato deve resolver os problemas de saúde que aparecem com maior frequência neste território. A relação entre profissionais e usuários deve basear-se na atenção integral, garantindo a continuidade do cuidado. E a constituição do vínculo e o trabalho humanizado tornam-se fundamental para garantir a qualidade desse cuidado (Brasil, 2006).

Os profissionais que integraram a equipe interdisciplinar da RMISPS-UFSM atuaram em três unidades de Estratégia de Saúde da Família de Santa Maria-RS, por meio de um trabalho denominado de Apoio Matricial, e conforme Campos e Domitti (2007) é por meio do matriciamento que é possível reconstruir outras formas de gestão do trabalho



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

em saúde. E as intervenções dos profissionais das equipes de apoio matricial contemplam, por exemplo, discussão de casos ou problemas de saúde, elaboração de projetos terapêuticos e outras ações de suporte, supervisão, intervenção e complementação, sempre em conjunto com a equipe de Referência das unidades de Saúde.

OBJETIVO GERAL

- Demonstrar a experiência de inserção do apoio matricial em Saúde da Família por meio de um Programa de Residência Multiprofissional Integrada.

OBJETIVO ESPECÍFICO

- Relatar as atividades práticas dos profissionais da Residência Multiprofissional Integrada desenvolvidas junto as equipes de Estratégia de Saúde da Família no município de Santa Maria, RS.

METODOLOGIA

Este trabalho consiste em um relato de experiência da inserção dos Profissionais da 1ª turma de Residência Multiprofissional Integrada da Universidade Federal de Santa Maria, acerca das práticas de apoio matricial, no contexto da Estratégia de Saúde da Família no município de Santa Maria, RS durante o período de junho de 2009 a junho de 2011.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

O processo de inserção do apoio matricial em Saúde da Família no município de Santa Maria, RS ocorreu com a implementação do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em 2009. Os profissionais Residentes foram dispostos em três unidades de Saúde da Família do município. A lógica de trabalho perpassa as propostas da Clínica Ampliada, que traz a importância de compreender o processo saúde-doença de maneira ampliada, para além do biológico, e a necessidade de construção compartilhada



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

das intervenções. E os dispositivos de Equipe de Referência e Equipe de Apoio Matricial tornam-se fundamentais para garantir a efetivação das diretrizes da Clínica Ampliada (Brasil, 2009). As equipes de Referência são compostas por profissionais das equipes de Saúde da Família (médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, cirurgiões dentistas, auxiliares de saúde bucal e agentes comunitários de saúde) somados aos Residentes enfermeiros e cirurgião dentista. E a equipe de Apoio Matricial formada por Residentes das profissões de fisioterapia, fonoaudiologia, nutrição, psicologia, serviço social e terapia ocupacional.

O trabalho dos profissionais da Residência Multiprofissional Integrada também são orientados pelos conceitos de campo e núcleo de atuação. E conforme Campos (2007) núcleo se caracteriza pela identidade profissional específica, ou seja, o conhecimento básico de cada profissão. Já o conceito de campo é perpassado pelo conceito de rede. Em saúde o conhecimento de campo refere-se aos saberes em comum, ou seja, as ações que podem ser construídas coletivamente por todos os profissionais de saúde.

Por conseguinte as intervenções práticas enquanto Residentes apoiadores matriciais foram de visitas domiciliares multiprofissionais, atendimentos clínicos na unidade de ESF quando necessário, articulações com a rede de serviços municipais, encaminhamentos e acompanhamento dos usuários aos serviços de referência, atuações em atendimentos de grupos terapêuticos e ações de educação, promoção e prevenção em saúde. Além da articulação com cursos de graduação, fomentando assim, a relação ensino-serviço. Organização e participação em eventos relacionados à saúde e ainda participação em outros espaços de discussão, como na Comissão de Saúde Mental e Conselho Municipal de Saúde.

Compreende-se então que o apoio matricial atua como um instrumento capaz de ampliar as possibilidades de assistência ao usuário, por meio da organização de um processo de trabalho mais contínuo, integral e resolutivo. Onde os responsáveis pelo matriciamento trabalham junto com os profissionais da equipe de Referência, seja para discutir casos ou formular intervenções conjuntas, como atividades de assistência, promoção, prevenção, educação e capacitação (Oliveira, 2008). Salienta-se ainda que as Equipes de Referência e Apoio Matricial são arranjos de organização e gestão dos serviços de saúde, e têm por finalidade superar a racionalidade gerencial verticalizada,



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

compartimentalizada e produtora de processo de trabalho fragmentado e por vezes alienante para o trabalhador (Brasil, 2009).

E a Estratégia de Saúde da Família torna-se um modelo inovador justamente por trazer em suas diretrizes a proposição de ações de promoção em saúde, pensando na qualidade de vida dos sujeitos compreendidos dentro de seu contexto social. Além disso, mostra a necessidade de estabelecer parcerias intersetoriais, para garantir ações interdisciplinares desde a assistência até a prevenção e promoção da saúde (Souza, 2004). No entanto, a experiência de inserção da Residência Multiprofissional Integrada no contexto da Saúde da Família no município de Santa Maria, RS demonstrou fragilidades no processo de trabalho das equipes de ESF. Percebeu-se dificuldades principalmente em organizar e planejar ações conjuntas com essas equipes. Os profissionais das equipes de Referência centravam seu trabalho nos atendimentos clínicos que chegavam às unidades, não conseguindo propor ações efetivas de prevenção ou promoção de saúde.

E segundo Franco e Júnior (2007) a baixa resolubilidade da rede básica refere-se ao fato de muitas vezes este serviço possuir características do modelo médico hegemônico com foco em procedimentos clínicos. E para mudar esta perspectiva é preciso inverter esta lógica e centrar os serviços no sujeito/comunidade. Diante disso conforme Franco, Bueno e Merhy (2007) os processos de acolhimento em saúde referem-se ao tipo de trabalho que tem como foco o usuário e suas necessidades, onde por meio de escuta qualificada surgem vínculos, confiança e responsabilização. Este seria o trabalho vivo em ato, pois utiliza tecnologias leves e tem como objetivo inverter a lógica tradicional de fazer saúde.

Todavia, conforme Franco e Merhy (2005) muitas vezes para o usuário a solução de seu problema está justamente em atos prescritivos, como precisar e receber medicações, realizar exames, ter um diagnóstico ou utilizar algum aparelho (tecnologias duras e leves). Os autores chamam este tipo de atitude de demanda por procedimentos, onde os usuários se satisfazem não pelo ato de cuidar e sim por meio de uma ação puramente técnica. Contudo, mesmo após observar pacientes que buscam esse tipo de satisfação, encontrou-se pessoas que carecem de outro tipo de demanda, ou seja, a do ato cuidador (tecnologias leves). São pessoas que querem alguém que as escute e lhes dê atenção. Visualizou-se muito disso nas visitas domiciliares, onde em algumas situações apenas a presença do profissional já significou muito para os pacientes. Ser visto, lembrado e escutado acaba muitas vezes por ser mais terapêutico que um exame, uma medicação ou



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

outro tipo de procedimento técnico.

E segundo Machado, et al. (2007) para que o atendimento ao usuário seja integral as ações de saúde precisam estar articuladas com os demais níveis de complexidade, ou seja, é necessária uma rede de serviços que disponibilize assistência de acordo com as reais necessidades dos sujeitos. E justamente por entender que o processo de trabalho em saúde precisa ser realizado por meio de práticas de co-responsabilização, abrangendo um trabalho interdisciplinar e intersetorial que os profissionais Residentes sentiram a necessidade de fazer inicialmente um mapeamento da rede de serviços do município. E para dar vida ao apoio matricial e tornar a assistência ao usuário contínua e de qualidade os profissionais dividiram-se conforme suas profissões e foram conhecer os serviços do município que serviriam de referência para a atenção básica.

Os profissionais Residentes também desenvolviam a reunião do matriciamento, que ocorria semanalmente. Nesses espaços eram discutidas e planejadas as ações do apoio matricial, bem como discutia-se casos e situações de saúde pública. No entanto, a intervenção mais realizada pela equipe matricial foi a visita domiciliar, geralmente a pedido dos agentes comunitários de saúde (ACS). Alguns casos também foram passados por outros profissionais das equipes, quando percebiam que o usuário/família necessitava de um cuidado mais especializado. Nessas visitas se realiza uma escuta inicial e a partir disso se davam alguns encaminhamentos, ou para os serviços da rede ou para outro profissional do apoio matricial.

Outra proposta de intervenção do apoio matricial foi a de trabalhar com grupos, uma vez que esse tipo de atendimento além de otimizar tempo e espaço é um importante dispositivo terapêutico. Por meio do trabalho em grupo os participantes estabelecem vínculos, ampliam relações interpessoais, trocam experiências e dessa forma identificam-se com os demais, e isso tudo acaba por interferir na relação com sua saúde. Sendo assim, as intervenções em grupo ocorriam de acordo com a demanda de cada comunidade ou unidade de Saúde. Como exemplo cita-se o desenvolvimento de grupos denominados de Saúde do Trabalhador, um composto por agentes comunitários de saúde e o outro por professores de Escolas municipais. Esses grupos aconteciam por meio de intervenções multiprofissionais (Psicologia, Fisioterapia, Nutrição, Enfermagem e Terapia Ocupacional) com dinâmicas, exercícios corporais, escuta psicológica e reeducação alimentar. Neste espaço se trabalha com o estímulo ao relacionamento interpessoal, reflexão a cerca da



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

própria saúde e do processo de trabalho. Realizou-se também grupos semanais com mulheres, denominados de Vida Leve e Vida Alegre. As intervenções multiprofissionais buscavam trabalhar com questões de alimentação, percepção corporal, auto-estima, identidade feminina/subjetividade, educação dos filhos e autonomia/ independência.

A equipe matricial em conjunto com as equipes de Referência também desenvolveram ações articuladas às Escolas municipais. Realizou-se algumas ações pontuais de cunho preventivo e educativo como por exemplo atividades do dia do envelhecimento na escola com a finalidade de propor atividades lúdicas de integração entre crianças e idosos. Além da semana de conversa sobre DST's e AIDS com a finalidade de propor momentos reflexivos e informativos sobre a temática. Ocorreu também a participação em atividades das Pastorais Infantis por meio de intervenções lúdicas com crianças e educativas com os pais. Realizou-se ainda ações específicas nas unidades de ESF, como o dia da mulher, campanhas de vacinação e salas de espera com orientações sobre cuidados com a saúde. Essas intervenções tinham por objetivo promover espaços de promoção, educação e prevenção em saúde e ocorriam por meio de dinâmicas de grupos, rodas de conversa, entre outros.

Ressalta-se que durante esses dois anos, houveram espaços de discussão de casos e tentativas de elaboração de Projetos Terapêuticos Singulares, principalmente com agentes comunitários de saúde e em alguns momentos com os demais profissionais das equipes de ESF. Todavia essas vivências foram perpassadas por momentos de dificuldades, pois nem sempre foi possível desenvolver ações de trabalho integradas. Pode-se pensar que essas dificuldades de articulação com as equipes de Referência seja pelo fato de que no período de junho de 2009 a junho de 2011 os profissionais da ESF tinham vínculo de trabalho por meio de contratos, que duravam de seis meses há um ano. Dessa forma, muitos não conseguiam se comprometer realmente com a proposta da ESF e da Clínica Ampliada. Já com os agentes comunitários de saúde o diálogo sempre foi maior, estes são concursados e possuem vínculos mais consolidados com as famílias e comunidade, e por isso se comprometiam mais com os profissionais apoiadores matriciais. Diante disso é necessário, refletir sobre a importância do planejamento em saúde, e conforme Scarazatti e Amaral (2008) planejar é organizar ações coletivas, onde por meio do diálogo se atribuem responsabilidades, metas e objetivos. Sendo assim, entende-se o planejamento com um



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

instrumento de gestão compartilhada, que é viável apenas por meio de pactuações entre os sujeitos envolvidos.

Por fim salienta-se que os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde devem ser norteados por estratégias pedagógicas capazes de produzir vivências práticas problematizadas na perspectiva da Clínica Ampliada, por meio de ações que compreendam a importância do cuidado por meio do trabalho em redes de atenção. E dentre as atribuições do Profissional de Saúde Residente está a necessidade de atuar como articulador participativo na produção e implementação de intervenções inovadoras no campo da atenção e gestão em saúde, para que ocorram as mudanças necessárias à consolidação do SUS (Resolução da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde nº 2, 2012).

Entende-se que o Programa de Residência Multiprofissional Integrada, da Universidade Federal de Santa Maria, RS por meio da aproximação e articulação ensino-serviço, possibilitou um aprofundamento teórico-prático e também proporcionou o fortalecimento dos processos de trabalho das equipes de Saúde. E as intervenções conjuntas entre Residentes e profissionais da ESF, por meio do apoio matricial, garantiram maior resolutividade e qualidade das ações. Compreendendo assim que o matriciamento possibilita ampliação do processo de trabalho em saúde, conforme preconiza os princípios e diretrizes do SUS. No entanto, algumas ações precisam ser repensadas e outras precisam sair da teoria e ganhar vida, mas ressalta-se que o passo inicial já foi dado, pois a Residência Multiprofissional Integrada já é reconhecida e valorizada no cenário da Saúde Pública de Santa Maria, RS.

CONCLUSÃO

Conclui-se que a atuação enquanto Residente apoiador matricial trouxe muito aprendizado, especialmente no que diz respeito ao trabalho em equipe interdisciplinar. A partir dessa experiência é possível entender o processo de trabalho em saúde enquanto agir coletivo, ou seja, para garantir a integralidade do cuidado em saúde é necessário que as práticas sejam problematizadas na lógica da co-responsabilidade. E o êxito das intervenções enquanto equipe de apoio matricial deve-se justamente ao fato de ter-se construído as ações coletivamente, por meio de práticas integradas e compartilhadas.



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Por fim, salienta-se que a Saúde Pública de Santa Maria, RS tem muito a avançar e a Residência Multiprofissional Integrada muito a contribuir para a consolidação desse processo. É preciso investir mais na Atenção Básica, sobretudo na Estratégia de Saúde da Família, por meio de ações que contemplem práticas de prevenção e promoção da saúde, investir também em pesquisas que possam fornecer dados epidemiológicos para que o planejamento seja condizente com as reais necessidades dos sujeitos e comunidade, além de efetivar os espaços de controle social, fortalecer as redes atenção e garantir ações de educação permanente aos trabalhadores de saúde.

REFERÊNCIAS

- Brasil. Ministério da Saúde. (2006). Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Política Nacional de Promoção da Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2009). Secretaria de Atenção à Saúde. *Clínica ampliada e compartilhada*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Campos, G. W. S. & Domitti, A. C. (2007). Apoio matricial e equipe de referencia: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(2), 399-407.
- Campos, G. W. S. (2007). Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In Merhy, E. & Onocko, R. (Orgs.). *Agir em Saúde: um desafio para o público*. (3ª ed.). (p. 229-266). São Paulo: H.
- Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. (2012). *Resolução da CNRMS Nº 2 DE 13.04.2012* 2012. Recuperado em 30 Abril, 2012, de <http://www.normaslegais.com.br/legislacao/resolucao-cnrms-2-2012.htm>
- Costa, E. M. & Carbone, M. H. (2004). *Saúde da Família: uma abordagem interdisciplinar*. Rio de Janeiro: Rubio.
- Franco, T. & Merhy, E. (2005). A produção imaginária da demanda e o processo de trabalho em saúde. In Pinheiro, R. & Mattos, R. (Orgs.). *Construção social da demanda* (p. 181-193). Rio de Janeiro: Abrasco.



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

- Franco, T.; Bueno, W.; Merhy, E. (2007). O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: O caso de Betim MG. In Merhy, E. et al. *O trabalho em saúde: Olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. (4ª ed.). (p. 37-54). São Paulo: Hucitec.
- Franco, T. & Júnior, H. (2007). Integralidade na assistência à saúde: A organização das linhas de cuidado. In E. Merhy, E. et al. *O trabalho em saúde: Olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. (4ª ed.). (p. 125-133). São Paulo: Hucitec.
- Machado, M. F. A. S.; et al. (2007). Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS – uma revisão conceitual. *Ciência & Saúde Coletiva*. 12(2), 335-342.
- Oliveira, G. N. (2008). Apoio Matricial como tecnologia de Gestão e articulação em Rede. In Campos, G. V.S. & Guerrero, A. V. P. (Orgs.). *Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada*. (p. 273– 282). São Paulo: Hucitec.
- Scarazatti, G.L. & AmaraL, M.A. (2008). Planejamento e contrato de Gestão na Atenção Básica. In Campos, G. V.S. & Guerrero, A. V. P. (Orgs.). *Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada*. (p. 273– 282). São Paulo: Hucitec.
- Souza, M.F. (2004). O Programa Saúde da Família: uma visão nacional. In: Fernandes, M.E.L. et al. (org.). *AIDS: prevenção porta a porta*. (p. 41-50). São Paulo: Hucitec.



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

A mediação familiar como estratégia para se pensar a guarda compartilhada: um relato de experiência

Amanda Pansard Alves ¹

Sabrina Daiana Cúnico ¹

Dorian Mônica Arpini ¹

¹ Universidade Federal de Santa Maria (UFSM)

RESUMO

Este trabalho apresenta um caso atendido pelo serviço de Psicologia a partir do projeto de extensão “Serviço de Psicologia junto ao Núcleo de Práticas Jurídicas na UFSM: Uma Orientação Familiar”. Com a apresentação deste, se tem por objetivo fazer uma reflexão teórica acerca da guarda compartilhada. Este projeto é desenvolvido pelo Departamento de Psicologia em parceria com o Núcleo de Assistência Judiciária, órgão suplementar do Centro de Ciências Sociais e Humanas da Universidade Federal de Santa Maria/RS, onde os casos referentes ao Direito de Família são encaminhados ao serviço de Psicologia que fará uma entrevista com a parte que buscou o Núcleo, posteriormente agenda-se uma entrevista com a outra parte e, se for possível, é feita uma mediação buscando a resolução do conflito através de um acordo. Com este caso apresentado, onde foi feita uma mediação e um acordo, ficando estabelecida a guarda compartilhada, foi possível refletir acerca dos ganhos ocasionados por esta modalidade de guarda. Também foi possível verificar como a mediação familiar pode auxiliar na resolução de conflitos, como também, a importância da inserção da Psicologia dentro de instituições judiciais.

Palavras-chave: Guarda Compartilhada; Mediação Familiar; Psicologia Jurídica

INTRODUÇÃO



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Pode-se afirmar que a Psicologia Jurídica é uma sub-área em constante expansão dentro do campo da Psicologia. Do ponto de vista histórico, a primeira interlocução entre a Psicologia e o Direito origina-se das avaliações de fidedignidade de testemunhos, ou seja, a inserção dos psicólogos nas instituições judiciais teve, inicialmente, um caráter estritamente pericial (Brito, 2005).

Ainda que se reconheça a importância da elaboração de psicodiagnósticos, laudos e avaliações psicológicas em determinados casos, é importante salientar que o trabalho do psicólogo no campo jurídico não se limita a confecção de documentos. Estes profissionais estão cada vez mais inseridos nas Varas de Família, Juizados da Infância e Adolescência, Varas de execução penal, dentre outros, desenvolvendo atividades próprias aos seus contextos de trabalho (Beiras, Martins, & Cruz, 2005; Brito, 2005; França, 2004).

É importante salientar que a inserção do psicólogo no âmbito jurídico requer que este profissional não se restrinja a especificidade de seu campo, mas que possa comunicar-se com os operadores do Direito, para que assim possa contribuir para a resolução das dificuldades enfrentadas nos conflitos judiciais (Brandão, 2005).

Seguindo o mesmo viés, Sousa e Samis (2008) atentam para o fato de que, para que haja uma intersecção entre a Psicologia e o Direito, o reconhecimento dos limites e especificidades de cada um desses campos de saber devem ser preservados. Não se trata, portanto, de uma tentativa de igualar os discursos, mas sim destacar as singularidades e promover uma intervenção mais eficaz e mais adequada as necessidades da família.

Pode-se observar que existe hoje uma grande produção de processos ligados às Varas de Família. O que ocorre é uma enorme busca por respostas jurídicas para diversos aspectos da vida, fenômeno esse chamado de jurisdicização da vida. Esta grande demanda por respostas, contribui no sentido de requerer profissionais para trabalhar no sistema judiciário (Reis, 2010).

Assim, o Direito de Família é uma tentativa de organizar juridicamente, ou normatizar as relações de afeto e suas consequências (Brandão, 2005). Dessa forma, é justificada a colaboração da Psicologia com o propósito de obtenção de eficácia jurídica, já que o Direito está impregnado de aspectos psicológicos (Brito, 1999).

Seguindo esta tendência, surge em 2005 o projeto de extensão intitulado *Serviço de Psicologia junto ao Núcleo de Assistência Judiciária: Uma Orientação Familiar*, realizado



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

pelo Departamento de Psicologia e vinculado ao Núcleo de Assistências Judiciárias de uma instituição de ensino superior. Tal órgão concentra prioritariamente suas atividades de prática jurídica nas seguintes áreas do Direito: Direito Processual Civil; Direito de Família; Direito do Trabalho; atendendo a população com renda mensal de até três salários mínimos.

O projeto acima referido teve com o objetivo inicial de se manter a disposição do Núcleo a fim de auxiliar nas situações que tivessem envolvidos conflitos de família. No ano de 2007 o projeto ampliou suas atividades, trabalhando além do plantão semanal com a proposta da mediação familiar.

A mediação, de acordo com Zapparolli (2003), busca a administração pacífica do conflito pelas partes envolvidas no mesmo, onde um terceiro neutro irá auxiliar a comunicação dos envolvidos na busca de uma solução. Dessa forma, a mediação visa uma responsabilização das partes pelo conflito que estão vivenciando, sendo que o mediador, diferentemente do que ocorre na arbitragem, por exemplo, não irá decidir.

Ainda assim, Ramirez e Mello (2005) explicam que, boa parte dos indivíduos que buscam a mediação, possuem a idéia de que o conflito será decidido sem que haja a participação das partes, mostrando, assim, que esperam da mediação características típicas de arbitragem e litígio judicial. Cabe ao mediador, portanto, não se deixar levar por essa falsa crença e assumir o papel de facilitador de um possível acordo entre as partes e não de árbitro da disputa.

O cenário da mediação é um momento em que o diálogo toma a frente, onde o mediador busca o empoderamento dos sujeitos, para a construção de um acordo possível (Cerruti, 2003). Assim, a mediação dos conflitos familiares é, antes de tudo, uma oportunidade para o crescimento e a transformação dos indivíduos (Braganholo, 2005), além de tornar-se um espaço para entender também que o outro tem necessidades e problemas, havendo durante a mediação um real encontro entre sujeitos (de direitos e deveres).

Ainda corroborando com o amplo entendimento do papel da mediação, vale citar o conceito de Marodin e Breitman (2002) que referem que a Mediação:

“é uma possibilidade de intervir através de uma abordagem interdisciplinar, incluindo o jurídico e o psicológico, com o reconhecimento das relações de fato juntamente com as de



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”
direito”. (p. 475)

Com esse encontro se faz possível a superação da dicotomia culpado-inocente, definição um tanto ultrapassada no que diz respeito às verdades relativas e ao relacionamento entre pessoas (Braganholo, 2005).

OBJETIVOS

O objetivo deste trabalho é expor um dos casos atendidos pelo serviço de Psicologia sob a ótica da mediação familiar e que vai ao encontro dos objetivos do projeto, quais sejam: assessorar famílias que estão passando por momentos de sofrimento devido a crises conjugais; trabalhar, com pais, questões referentes à processos ligados à paternidade/maternidade; facilitar a comunicação entre as partes para que busquem soluções de mútuo acordo.

METODOLOGIA

A metodologia do trabalho se dá através de uma triagem permanente, realizada por um profissional do Serviço Social, o qual é responsável pelo encaminhamento de todos os casos referentes ao Direito de Família para o serviço de Psicologia. Em seguida, faz-se o agendamento de uma entrevista inicial pelo serviço de Psicologia com as partes envolvidas, separadamente, onde uma primeira escuta é reservada às partes que comparecem ao atendimento.

Após ouvir ambas as partes, cada qual com sua versão, um encontro é agendado e dá-se início à busca pelo diálogo, dentro das intenções buscadas pela via da mediação familiar. Conta-se aqui, no momento da mediação familiar, com a presença de um dos estagiários do curso de Psicologia, uma assistente social e um acadêmico estagiário do curso de Direito, sob a orientação de professores da Psicologia e do Direito.

RESULTADOS E DISCUSSÃO



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Com vistas a compartilhar a experiência vivenciada pelo serviço de Psicologia optou-se em descrever uma das situações trabalhadas e que diz respeito à consolidação da guarda compartilhada.

Flávio⁴ e Paula procuraram o Núcleo de Assistência Judiciária devido a estarem se divorciando, após um relacionamento de 07 anos. O casal possui uma filha, Carla, de 08 anos.

Na entrevista inicial, realizada com o serviço de Psicologia, Paula relatou que estava separada há um mês do marido e que desejava resolver as questões referentes a guarda da filha, a regularização das visitas e o valor da pensão alimentícia.

Em outro momento, Flávio foi chamado para que também pudesse falar a respeito da separação. Diferentemente de Carla, Flávio não estava tão seguro de que o divórcio seria a melhor opção para o casal. Porém, tendo em vista que a ex-mulher já havia procurado o Núcleo para formalizar a separação, Flávio disse que não havia mais nada a ser feito.

Posteriormente foi agendada a mediação com as partes, contando, também, com a participação de um estagiário do direito e a assistente social do serviço. A mediação transcorreu de forma tranquila, situação esta proporcionada pela boa relação entre as partes envolvidas no conflito. As questões referentes ao valor da pensão alimentícia e de que forma e com que intensidade seriam realizadas as visitas à filha do casal foram decididas sem maiores complicações.

Ao que concerne a guarda da criança, Flávio demonstrava não estar satisfeito com a idéia de que Carla ficasse com a guarda unilateral. No entanto, não parecia se sentir no direito em questionar tal decisão. É sabido que a grande maioria dos pais divorciados não detém a guarda dos filhos após a separação conjugal, ficando esta quase que em totalidade com as mães (Badinter, 1993; Brito, 2003). O que chama a atenção, porém, é que pouquíssimos pais reivindicam a guarda dos filhos no momento da separação. Sendo assim, é provável que o predomínio das guardas unilaterais maternas seja decorrente de uma decisão unânime entre juiz, pais e mães (Badinter, 1993).

Nesse contexto, em que ambos os pais demonstravam real interesse no bem estar da criança, a mediação focou os aspectos da guarda compartilhada. A primeira reação do casal

⁴ Os nomes dos todos os participantes são fictícios, tendo em vista a não identificação dos mesmos.



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

foi de recusa, visto que não achavam saudável a filha possuir duas casas e ter as horas da semana divididas igualmente entre eles. Aqui percebeu-se claramente o desconhecimento destes pais acerca dos pressupostos da guarda compartilhada, já que estavam confundindo-a com a chamada guarda alternada.

A guarda compartilhada não diz respeito a uma igualdade de horas ou dias que cada um dos genitores passa com a criança, esta denominada guarda alternada. No modelo de guarda conjunta ou compartilhada todas as decisões importantes sobre o(s) filho(s) devem ser tomadas por ambos os pais (Brito, 2003).

De acordo com Grisard Filho (2009), o que motivou o surgimento desta modalidade de guarda foi o desejo de pais compartilharem a educação e a criação dos filhos, mantendo a comunicação desses com seus genitores.

No Brasil, em 2008 foi sancionada a lei nº 10.406 que prevê a guarda compartilhada. Segundo ela, neste modelo de guarda deve existir a responsabilização conjunta dos genitores, assim como os exercícios de pai e mãe devem ser mantidos (Brasil, 2008).

Em contrariedade à guarda compartilhada muitos alegam que este modelo poderá fazer com que as crianças, a ela submetida, sofressem por receberem direções diferentes com relação à educação, por exemplo. Porém, como afirma Brito (2003), o casal é construído por duas pessoas distintas, com histórias e pensamentos diferentes, sendo as crianças, dentro da família, submetidas a modelos de educação distintos.

Com esta modalidade de guarda, de acordo com Brito (2002), se faz possível um maior sentimento de responsabilidade dos pais, junto ao(s) seu(s) filho(s), sendo, dessa forma, resguardado o direito de ser educado por ambos os genitores e conviver com a família extensa de cada um deles.

Dessa forma, preserva-se o melhor interesse do filho e a igualdade dos gêneros, existindo a continuidade das relações da criança com ambos os genitores. A guarda compartilhada, então, visa reorganizar as relações entre os pais e os filhos, conferindo aos genitores maiores responsabilidades (Grisard Filho, 2009). Em conformidade com este entendimento, segundo Ramos (2005), compartilhar a guarda significa:

“partilhar em conjunto a educação e criação do filho, sob os aspectos de assistência material, moral e de convivência”. (p. 109)



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Assim, para que os genitores entendam ao que se refere à guarda compartilhada e seus deveres a partir dela, se faz necessária a mediação do conflito por um profissional da psicologia, profissional este que conheça o funcionamento familiar, para que junto com os pais construa o melhor arranjo considerando a dinâmica familiar que está tratando (Nazareth, 2005).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A experiência permite concluir a importância da presença da Psicologia em instituições judiciais, abrindo possibilidades de escuta diferenciada e ampliando desta forma a compreensão da problemática, o que facilita a reorganização das relações familiares. Neste caso em especial, pode-se concluir que a participação do serviço de Psicologia, através da prática da mediação familiar, oportunizou a estes pais uma experiência na guarda compartilhada que não estava presente antes do contato com o serviço. Entende-se, portanto, que a Psicologia se constitui numa importante ferramenta para pensar os vínculos familiares, em especial, no que diz respeito ao melhor interesse da criança.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Badinter, E. (1993). *XY – Sobre a identidade masculina*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- Beiras, A., Martins, S., & Cruz, R. M. (2005). Prestação de Serviços Psicológicos em Escritório de Assistência Jurídica. In H. S. Gonçalves & E. P. Brandão (Orgs.), *Psicologia Jurídica no Brasil* (pp. 41-53). Rio de Janeiro: Nau Ed.
- Braganholo, B. H. (2005). Novo Desafio do Direito de Família Contemporâneo: a mediação familiar. *Revista CEJ*, 29, p. 70-79, 2005. Disponível em <<http://www.cjf.gov.br/revista/numero29/artigo10.pdf>>. Acesso em: 19. mar. 2012.
- BRASIL, Lei nº. 11.698 - 13/06/2008. Altera os arts. 1.583 e 1.584 da Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002 - Código Civil, para instituir e disciplinar a guarda compartilhada. publicada no D.O.U. datado de 16/06/2008. Disponível em: <<http://www.presidencia.gov.br/>>. Acesso em: 18. mar. 2012.



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

- Brito, L. M. T. (1999). De competências e convivências: Caminhos da Psicologia junto ao Direito de Família. Em L. M. T. Brito (Org.), *Temas em Psicologia Jurídica* (pp. 171-186). Rio de Janeiro: Relume Dumará.
- Brito, L. M. T. (2002). Impasses na Condição da Guarda e da Visitação – O Palco da Discórdia. Em Pereira, R. C.(Org.), *Família e cidadania – o novo CCB e a vacatio legis* (pp. 443-447). Belo Horizonte: IBDFAM/ Del Rey.
- Brito, L. M. T. (2003). Igualdade e divisão de responsabilidades: Pressupostos e conseqüências da guarda conjunta. Em: G. C. Groeninga, & R. C. Pereira (Orgs.), *Direito de Família e Psicanálise: Rumo a uma nova epistemologia* (325-337). Rio de Janeiro: Imago.
- Brito, L. M. T. (2005). Reflexões em torno da Psicologia Jurídica. Em: R. M. Cruz, S. K. Maciel & D. C. Ramirez (Org.), *O trabalho do psicólogo no campo jurídico* (09-17). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Cerruti, M. Q. (2003). Psicanálise e mediação: uma possibilidade de escuta. Em: Muszkat, M. E. (Org.), *Mediação de Conflitos: pacificando e prevenindo a violência* (pp.169-178). São Paulo: Summus.
- França, F. (2004). Reflexões sobre psicologia jurídica e seu panorama no Brasil. *Psicologia teoria e prática* [online], São Paulo, 6 (1). Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872004000100006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 12 mar. 2012.
- Grisard Filho, W. (2009). *Guarda Compartilhada: um novo modelo de responsabilidade parental* (4a ed., atual. e ampl.) São Paulo: Editora Revista dos Tribunais.
- Nazareth, E. R. Guarda Compartilhada e mediação familiar. A importância da convivência. Em: Associação de Pais e Mães Separados – APASE. (org) (2005) *Guarda Compartilhada – aspectos psicológicos e jurídicos*. Porto Alegre: Equilíbrio.
- Reis, E. F. (2010). *Varas de Família: Um encontro entre Psicologia e Direito*. Curitiba: Juruá Editora.
- Sousa, A.M.; Samis, E.M. (2008) Conflitos, diálogos e acordos em um serviço de psicologia jurídica. Em BRITO, L.M.T. (org) (2008) *Famílias e Separações: Perspectivas da Psicologia Jurídica*. Rio de Janeiro: ED/UERJ.



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

- Ramos, P. P. C. A visão moderna da autoridade Parental. Em: Associação de Pais e Mães Separados – APASE. (org) (2005) *Guarda Compartilhada – aspectos psicológicos e jurídicos*. Porto Alegre: Equilíbrio.
- Ramirez, D. C.; Mello, G.T. (2005) Papel e competências profissionais do mediador em processos de mediação familiar. Em: Cruz, R.M.; Maciel, S.K.; Ramirez, D.C. (org) (2005) *O trabalho do psicólogo no campo jurídico*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Zapparolli, C. R. (2003). A experiência pacificadora da mediação: uma alternativa contemporânea para a implementação da cidadania e da justiça. Em: Muszkat, M. E. (Org.), *Mediação de Conflitos: pacificando e prevenindo a violência* (pp.49-76). São Paulo: Summus.





III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

A prática da mediação familiar em um núcleo de assistência judiciária

Ana Cláudia Smaniotto ¹

Amanda Pansard Alves ¹

Sabrina Daiana Cúnico ¹

Dorian Mônica Arpini ¹

¹ Universidade Federal de Santa Maria (UFSM)

RESUMO

Este trabalho tem por objetivo apresentar o programa de extensão ‘Serviço de Psicologia junto ao Núcleo de Assistência Judiciária: Uma orientação Familiar’, realizado pelo Departamento de Psicologia vinculado ao Núcleo de Assistência Judiciária da UFSM, órgão suplementar do Centro de Ciências Sociais e Humanas da Universidade Federal de Santa Maria/RS. O programa acontece desde o ano de 2005, sendo seu foco hoje a prática da mediação de conflitos familiares instaurada no ano de 2007. A compreensão dos aspectos subjetivos envolvidos nos conflitos familiares, a saber, separação/divórcio, guarda, visitação e pensão alimentícia são o foco de atenção das ações desenvolvidas pelo serviço, visando minimizar o sofrimento e buscando a conciliação entre as partes envolvidas. O programa atualmente desenvolve a prática da mediação como recurso para a superação dos conflitos, oportunizando a abertura do diálogo e abrindo novas possibilidades de lidar com este visando sua superação. Os resultados obtidos permitem apontar o alcance dos objetivos propostos.

Palavras-chave: Psicologia; Relações Familiares; Mediação Familiar

INTRODUÇÃO

Hoje é possível dizer que o trabalho tanto de psicólogos quanto de operadores do Direito está voltado para o sujeito em sua totalidade, através da busca de unificação das ações no âmbito do judiciário, procurando abordar as situações jurídicas em sua



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

integralidade, ou seja, re-situando as pessoas envolvidas nos processos jurídicos à posição central do litígio. Para unificar as ações é necessário, entre outras posturas, aproximar as ciências. Na realidade, a ciência se faz mais por aproximações do que por isolamentos e, segundo Trindade (2004) Psicologia e Direito precisam relacionar-se já que ambos tratam da conduta humana.

Como resultado deste crescimento e da importância deste encontro de saberes nasceu o programa de extensão ‘Serviço de Psicologia junto ao Núcleo de Assistência Judiciária: uma orientação familiar’. Assim, este trabalho trata de uma experiência que constitui o programa de extensão realizado pelo Departamento de Psicologia junto ao Núcleo de Assistência Judiciária da UFSM que acontece desde o ano de 2005, sendo em 2007 instaurada a prática de mediação familiar.

Como citado anteriormente, o encontro entre Direito e Psicologia é de suma importância para que haja o entendimento total do conflito familiar e seus possíveis caminhos para a dissolução. Porém, antes desse programa nenhum trabalho era feito interdisciplinarmente entre estes cursos e com ele se fez possível uma conversa entre estes saberes.

O programa ao qual o trabalho se refere tem como objetivo auxiliar no enfrentamento das situações que envolvem conflitos familiares como separação/divórcio, guarda de filhos, pensão alimentícia, assim como situações de violência intra-familiar. Busca-se abrir espaços para a comunicação muitas vezes já obstruída em função do conflito, além de levar as partes a assumirem sua responsabilização com relação ao problema e às possibilidades de resolvê-lo, através de acordos, estabelecendo espaços de conciliação que diminuam o sofrimento familiar e permitam aos pais maiores condições ao exercício da parentalidade, que muitas vezes é esquecida diante de um conflito que se estabelece entre companheiro(a) e ex-companheiro.

É importante considerar que são também objetivos deste programa oportunizar aos acadêmicos dos cursos de Direito e Psicologia uma vivência interdisciplinar, aspecto fundamental se pensarmos que é através da formação profissional que mudanças na prática podem ser de fato concretizadas.

Com relação à mediação familiar, foco do programa citado, diz respeito a um procedimento alternativo que procura promover o protagonismo das partes, ou seja, fazer com que eles tomem voz com relação a suas vidas, sendo possível a identificação dos reais



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

problemas enfrentados pelas partes, seus interesses e necessidades através da figura de um terceiro, o mediador.

Os mediadores familiares buscam compreender as configurações vinculares existentes entre as pessoas, ou seja, as relações que estabeleceram ao longo do tempo e foram se somando até culminar no processo judicial. Por isso se torna de fundamental importância o acréscimo da psicologia já que esta estuda a relação familiar, sua dinâmica e importância para a saúde de seus membros, sendo possível uma visão maior do conflito e da sua repercussão principalmente para os filhos. Segundo Brito (1999), todo o Direito, ou grande parte dele, está impregnado de componentes psicológicos, o que justifica a colaboração da Psicologia com o propósito de obtenção de eficácia jurídica.

A Mediação dos conflitos familiares é, antes de tudo, uma oportunidade para o crescimento e a transformação dos indivíduos (Braganholo, 2005) torna-se um espaço para entender também que o outro tem necessidades e problemas, havendo durante a mediação um real encontro entre sujeitos (de direitos e deveres).

Com esse encontro se faz possível a superação da dicotomia culpado-inocente, definição um tanto ultrapassada no que diz respeito às verdades relativas e ao relacionamento entre pessoas (Braganholo, 2005). Vicente e Biasoto (2003) asseguram que a Mediação Familiar não garante a felicidade das pessoas, mas procura proporcionar a estabilidade e a segurança dos membros das famílias, principalmente dos filhos, por isso o trabalho do mediador é circunscrito e objetivo, definido a partir das realidades familiares apresentadas.

OBJETIVOS

O objetivo deste trabalho é apresentar o programa de extensão intitulado como ‘Serviço de Psicologia junto ao Núcleo de Assistência Judiciária: Uma orientação Familiar’, assim como explicar como este é realizado, trazendo para com isso dados que exemplifiquem seus procedimentos e demonstrem os resultados obtidos a fim de auxiliar na divulgação do trabalho realizado e promover discussões construtivas na comunidade acadêmica.

Além disso, ao expor o programa, deseja-se trazer em pauta a efetividade do uso da mediação na resolução de conflitos familiares, uma vez que se levam em conta seus



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

aspectos subjetivos. Assim como também se pretende trazer como exemplo uma proposta interdisciplinar eficaz de se trabalhar nesse âmbito.

METODOLOGIA

A metodologia do trabalho se dá através de uma triagem constante, sob a responsabilidade do Serviço Social, que encaminha os casos referentes ao Direito de Família para o serviço de Psicologia. Vale ressaltar que no ano de 2011, o plantão da psicologia dentro do serviço contemplou todos os turnos de funcionamento, terças e quintas-feiras na parte da manhã e também à noite.

Em seguida, faz-se o agendamento de uma entrevista inicial pelos estagiários da Psicologia com as partes envolvidas, separadamente, onde uma primeira explanação é reservada às partes que comparecem ao atendimento. Após ouvir ambas partes, cada qual com sua versão, a mediação é agendada e dá-se início à busca pelo diálogo, dentro das intenções buscadas pela via da mediação. Conta-se aqui com a presença de um dos estagiários do Curso de Psicologia, uma assistente social e um acadêmico estagiário do Curso de Direito.

É importante que se ressalte que sempre que se faz necessário, possibilita-se um reagendamento para encontro com o Serviço de Psicologia, de maneira que se possa atuar em busca do esclarecimento de cada um dos envolvidos, bem como, dentro do possível, minimizar a angústia envolvida num processo de tal ordem. O modo de acompanhamento dos casos é delimitado conforme a necessidade específica, podendo-se realizar tantos encontros quantos se mostrar necessário, tendo em vista a superação da problemática.

Outra via que dá maior qualificação ao Serviço, por fim, é o contato periódico mantido com a equipe de trabalho do Núcleo de Assistência Judiciária. Esse possibilita maior integração, visto ser feita o relato do acompanhamento/andamento dos casos, bem como uma devolução assim que o processo é completo.

Todos os casos atendidos, ainda, são registrados em um prontuário do Serviço de Psicologia, para fins de controles e de constituição de um arquivo-fonte para posterior consulta.

RESULTADOS E DISCUSSÕES



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Tomando como referência os aspectos apontados anteriormente em relação à prática da mediação, a mesma é entendida como uma via possível e eficiente de intervenção em casos conflituosos que solicitam apoio junto ao Núcleo de Assistência Jurídica. Prevaecem, entretanto, os casos de conflito familiar, que constituem uma demanda recorrente nessa instituição e que por se constituírem no foco deste programa em atenção especial do serviço de Psicologia.

O que se observa é a incidência de variadas espécies de pedidos, desde os relacionados a divórcios até aos de pensão (alimentícia, em função de serviços de saúde, moradia, dentre outras), visitação e guarda de filhos, que guardam além do tom jurídico, aspectos psicológicos como a necessidade de ser escutado, de poder confiar a alguém o problema, de poder falar dos sentimentos envolvidos que incluem um misto de raiva, tristeza e medo.

No ano de 2011 foram atendidos em torno de 34 casos, com os quais foram realizados vários atendimentos individuais, de casal ou familiar, tanto com a pessoa que buscou o Serviço quanto com os demais envolvidos para o acompanhamento, bem como mediações nas quais o Serviço de Psicologia esteve atuando. Dos 34 casos, houve 11 encaminhamentos para os estagiários do Direito a fim de entrarem com a ação judicial, 10 desistências pelos mais diversos motivos e 10 acordos que já haviam sido homologados pelo juiz sem que tenha tido desistência de alguma das partes.

Os pedidos mais frequentes neste ano referiram-se à pensão alimentícia, tanto para estipulação quanto para revisão. Nem todos os casos que começaram a ser atendidos no ano de 2011 tiveram uma resolução, sendo que 03 deles tiveram continuidade no próximo ano.

Os resultados da mediação podem, em alguns casos, ser percebidos já no momento da entrevista quando a equipe de mediadores ainda se encontra com as partes. Assim, em geral, pode-se mostrar que pedidos ou queixas iniciais que apresentam um tom jurídico são apenas instrumentos institucionais, usados como ferramentas de agressão moral e na destituição do papel do outro. Por essa razão, afirmamos anteriormente que os conflitos não são, em verdade, totalmente resolvidos por essa via formal.



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Por fim, vê-se que, com a prática da mediação, podem-se realizar acordos que visem estabilidade e segurança, sob um foco prático. A experiência tem afirmado, assim, que esse instrumento pode ser deveras eficaz, quando bem exercido.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Podemos perceber que os objetivos do programa estão sendo alcançados a partir do que a prática nos mostra. Vemos a mediação sendo uma alternativa eficaz na resolução de conflitos familiares, visando o bem estar dos sujeitos como também buscando a responsabilização destes pela sua própria história.

Como na maioria dos casos atendidos envolvem filhos, nota-se a importância deste trabalho ser pensado em busca de apresentar a estes pais a diferença entre conjugalidade e parentalidade, reforçando novamente os seus deveres e os direitos de seus filhos.

Em muitos casos o que se evidenciou foi a necessidade do familiar ser escutado, de poder confiar a alguém o problema, de poder falar dos sentimentos envolvidos que incluem um misto de raiva, tristeza e medo. Uma vez que não se trata só da concretização da necessidade da separação, mas também dos sentimentos que a situação da separação provoca. Nesse sentido é que o reconhecimento dos aspectos subjetivos presentes na procura pelo jurídico fazem sentido.

Como resultado também é necessário destacar o crescimento do projeto junto ao serviço desde seu início, podendo-se salientar o aumento da participação da psicologia junto ao Núcleo de Assistência Judiciária, resultado alcançado devido ao reconhecimento por parte dos estagiários do direito do serviço de psicologia realizado no local, já que em diversos momentos trouxeram casos que acreditavam ser importantes para a discussão com a psicologia. Também podemos notar hoje um aumento da procura dos estagiários do direito em conhecer o programa e participar das mediações realizadas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Braganholo, B. H. (2005). Novo Desafio do Direito de Família Contemporâneo: a mediação familiar. Revista CEJ, 29, p. 70-79, 2005. Disponível em <<http://www.cjf.gov.br/revista/numero29/artigo10.pdf>>. Acesso em: 19. mar. 2012.



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

- Brito, L. M. T. (1999). De competências e convivências: Caminhos da Psicologia junto ao Direito de Família. Em L. M. T. Brito (Org.), *Temas em Psicologia Jurídica* (pp. 171-186). Rio de Janeiro: Relume Dumará.
- Trindade, J. (2004) *Manual de Psicologia Jurídica para operadores do Direito*. Porto Alegre: Livraria dos Advogados Editora.
- Vicente, R. G.; Biasoto, L. G. A. P. (2003) O conhecimento psicológico e a mediação familiar. In Muszkat, M. E. (Org.) *Mediação de conflitos: pacificando e prevenindo a violência*, p. 143-168, São Paulo: Summus;





III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

A relação pai filho: uma revisão sistemática da literatura nacional

Márcia Elisa Jager ¹

Ana Cristina Garcia Dias ¹

¹ Universidade Federal de Santa Maria (UFSM)

RESUMO

Este trabalho discute o que está sendo publicado em estudos sobre paternidade, mais especificamente sobre a relação pai-filho. Foi realizado um levantamento sistemático da literatura utilizando três descritores: cuidado paterno; relacionamento pai filho e envolvimento paterno, na base de dados Scielo. Foram identificados 14 artigos nacionais, de base empírica, publicados na última década. Foi realizada uma leitura sistemática dos trabalhos e uma análise de conteúdo temática, buscando identificar os objetivos dos estudos, os participantes, os métodos utilizados e os principais resultados encontrados. Os objetivos dos estudos são heterogêneos e podem ser agrupados em 5 dimensões: 1) Cuidado paterno e suas diferenças em relação ao cuidado materno; (2) Impacto das condições de trabalho no envolvimento paterno; (3) A relação pai-filho, desenvolvimento de habilidades sociais e as influências no processo de aprendizagem e atividades escolares dos filhos; (4) Envolvimento paterno e sentimentos relacionados à paternidade e (5) Envolvimento paterno em diferentes contextos. Os participantes dos estudos, em sua maioria, são pais (mãe + pai) de crianças em idades escolares e pais (mãe + pai) de crianças pequenas (até 1 ano de idade). Os métodos utilizados estão distribuídos em qualitativos, quantitativos e mistos, com prevalência dos dois primeiros. A relação pai-filho é caracterizada como acontecendo, principalmente, através de atividades lúdicas e de lazer. Em estudos sobre as consequências da relação pai-filho para o desenvolvimento de habilidades sociais e aprendizagem das crianças, o pai assume importante papel. Estudos evidenciam que o trabalho do pai e o tempo disponível para a relação com a criança são importantes variáveis a serem investigadas. Através desta breve revisão sistemática da literatura nacional, conclui-se que muitos questionamentos sobre como se estabelece a relação pai-filho interessam pesquisadores da área. É necessário trabalhar para o



desenvolvimento de pesquisas sobre a paternidade e sobre o papel do pai enquanto cuidador.

Palavras-chave: Envolvimento paterno; Relação pai filho; Revisão de literatura

INTRODUÇÃO

Ser pai é algo além de procriar, é exercer, de fato, a função parental paterna, incluindo os cuidados efetivos com o filho (Houzel, 2004). O pai teve seu papel ampliado na dinâmica familiar. Atualmente é visto como figura parental importante para o desenvolvimento infantil, com função relevante na vida das crianças. Pode afetar o desenvolvimento de seus filhos tanto de forma positiva quanto negativa, deixando de ser apenas o responsável financeiro da família e um modelo de gênero para o filho homem (Goetz & Vieira, 2011). No entanto, a responsabilidade pelo cuidado às crianças sempre foi considerada responsabilidade da mulher (Barrero, Almeida, Ribeiro & Tavares, 2010; Goetz & Vieira, 2011). O fato é que os pais são somente excluídos do ato de gestar e amamentar, podendo e, devendo assumir responsabilidades em todos os outros momentos na criação dos filhos (Ramires, 1997).

Apesar da mãe ser a principal figura de apego da criança, o pai também exerce um papel importante no desenvolvimento infantil de seu filho, sendo tão importante sua função, quanto a da mãe. Os pais (figura materna e paterna) asseguram proteção à criança, de maneiras distintas, onde, através de dimensões diferenciadas de cuidados parentais oferecem uma base segura aos filhos (Bowlby, 1989; Paquette, 2004; Goetz & Vieira, 2011). O pai interfere no desenvolvimento biopsicossocial da criança. Ele coloca limites e contribui para os cuidados básicos, através do apoio oferecido à mãe, que irá repercutir no ambiente familiar e no próprio cuidado e afeto materno (Manfroí, Macarani & Vieira, 2011; Paquette, 2004). As interações pai-criança acontecem, principalmente, através de brincadeiras. Estas contribuem para o desenvolvimento de competências competitivas nas crianças, além de outras habilidades sociais (Paquette, 2004). Dubowitz et al. (2001) também indicam que a relação pai-filho influencia no desenvolvimento cognitivo e no comportamento social da criança, inclusive servindo como fator de proteção ao desenvolvimento de quadros de depressão infantil.



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Vale chamar a atenção que a relação pai-filho e o papel do pai na dinâmica familiar são atravessados por fatores econômicos, sociais e culturais. Isto faz com que

este fenômeno assuma uma multidimensionalidade de configurações no que diz respeito ao cuidado e responsividade paterna. Além disso, o reforçamento e o incentivo ao desenvolvimento de práticas paternas presentes e ativas na criação dos filhos são diretamente influenciadas pelo comportamento materno. A mãe assume um papel importante como mediadora da relação pai-filho. Ela pode contribuir ou não para que determinados comportamentos paternos se desenvolvam e se mantenham na interação pai-filho (Manfroí, Macarani & Vieira, 2011).

Cia, Williams e Aiello (2005) indicam que a temática da relação pai-filho e a sua importância para o desenvolvimento infantil ainda é pouco estudada no meio acadêmico nacional. Estes autores, ao realizarem uma revisão de literatura sobre a importância do papel do pai no desenvolvimento infantil, constataram que era necessário recorrer à literatura internacional, principalmente norte-americana, para conseguir compreender como o tema está sendo tratado atualmente.

O presente trabalho busca identificar e discutir o que está sendo publicado sobre o fenômeno da relação pai-filho, na literatura nacional.

MÉTODO

Inicialmente, buscou-se identificar descritores relacionados à relação pai-filho através de consulta aos Descritores em Ciências da Saúde (DeCs). Foram encontrados e utilizados três descritores (“cuidado paterno”, “relacionamento pai filho” e “envolvimento paterno”) na base de dados interdisciplinar Scielo - *Scientific Electronic Library Online* (<http://www.scielo.org/php/index.php>). Na busca realizada em abril de 2012, foram encontrados 27 artigos (descriptor “cuidado paterno” = dois artigos; descriptor “relacionamento pai-filho” = 11 estudos; descriptor “envolvimento paterno” = 14 artigos).

Foram excluídos da análise artigos duplicados, quatro artigos internacionais e três artigos que não atenderam os critérios de inclusão deste estudo: a) revisão de literatura sobre o papel do pai no desenvolvimento infantil (Cia, Williams & Aiello, 2005), b) estudos que não tinham como objetivo principal discutir a relação pai-filho (Oliveira, Rios-Neto & Oliveira, 2006) c) estudo com objetivo de adaptação de uma escala (*Antenatal*



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Emotional Attachment Scale) à população portuguesa (Gomez & Leal, 2007). Desta maneira, foram analisados 14 artigos nacionais, empíricos, publicados na última década, através da análise de conteúdo temática. As categorias são: análises dos objetivos do estudo, análise dos participantes, análise dos métodos utilizados e análise dos principais resultados encontrados.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Análise dos objetivos dos estudos

Os objetivos dos estudos, que caracteriza o foco de investigação em cada uma das pesquisas realizadas, mostraram-se heterogêneos. O conteúdo analisado foi dividido em cinco dimensões, criadas a fim de abordar os principais aspectos avaliados pelos estudos: (1) Cuidado paterno e suas diferenças em relação ao cuidado materno; (2) Impacto das condições de trabalho no envolvimento paterno; (3) A relação pai-filho, desenvolvimento de habilidades sociais e as influências no processo de aprendizagem e atividades escolares dos filhos; (4) Envolvimento paterno e sentimentos relacionados à paternidade e (5) Envolvimento paterno em diferentes contextos.

Cuidado paterno e suas diferenças em relação ao cuidado materno: Este aspecto foi avaliado sob a ótica de crianças com idades entre 10 e 11 anos (Goetz & Vieira, 2009), e sob a ótica de mães pertencentes às famílias em situação de risco psicossocial (Crepaldi, Andreani, Hammes & Ristof, 2006).

Impacto das condições de trabalho no envolvimento paterno: Foi identificado condições da atividade laboral do pai que influenciam na qualidade da relação pai-filho (Cia & Barham, 2006). Também foi comparado o bem-estar pessoal e a qualidade de envolvimento familiar entre homens-pais que trabalham no turno diurno com os que trabalham no turno noturno (Cia & Barham, 2008).

A relação pai-filho, desenvolvimento de habilidades sociais e as influências no processo de aprendizagem e atividades escolares dos filhos: Foram relacionados indicadores de envolvimento paterno com indicadores de desenvolvimento social dos filhos em atividades escolares (Cia & Barham, 2009). Foi investigada a relação existente



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

entre a qualidade do relacionamento familiar (mãe + pai) e o desempenho acadêmico de crianças escolares (Cia, D’Fonseca & Barham, 2004).

Envolvimento paterno e sentimentos relacionados à paternidade: Foi investigado como se dá a relação pai-filho e os sentimentos de ser pai em homens-pais adultos (Silva & Piccinini, 2007) e em pais de crianças portadoras de Síndrome de Down (Henn & Piccinini, 2010). Foram também identificados fatores associados à falta de envolvimento paterno ativo nos cuidados de crianças pequenas/ bebês (Falceto, Fernandes, Bartojo & Giugliani, 2008). Foi ainda avaliado o grau de envolvimento paterno com crianças entre 5 e 9 anos de idade, considerando variáveis interindividuais (idade do pai, educação, nível socioeconômico e número de filhos (Simões, Leal & Maroco, 2010).

Envolvimento paterno em diferentes contextos: Foi investigado a participação e envolvimento do pai durante o processo de amamentação (Pontes, Alexandrino & Osório, 2009), e durante a gestação (Piccinini, Silva, Gonçalves, Lopes & Tudge, 2004). Outros temas foram abordados, contudo aparecem de forma mais isolada. Esses temas foram: a investigação de fatores que tornam adolescentes vulneráveis à paternidade (Almeida, Faustino & Ellen, 2007); o estudo das representações do que é ser pai e ser mãe no contexto de separação conjugal, quando o pai detém a guarda dos filhos (Vieira & Souza, 2010); a verificação da existência de sintomatologia de Couvade e sua relação com a qualidade do envolvimento paterno (Ferreira, Leal & Maroco 2010).

Análise dos participantes dos estudos

Foram utilizadas diferentes amostras de participantes para atingir os objetivos dos estudos. A maioria delas foram pais (figura materna e paterna) de crianças até 9 anos de idade (Cia & Barham, 2006; 2009; Cia, D’ Fonseca & Barham, 2004; Simões, Leal & Maroco, 2010; Silva & Piccinini, 2007). Pais (figura materna e paterna) de bebês (Falceto *et al.*, 2008, Ferreira, Leal & Maroco, 2010; Pontes, Alexandrino & Osório, 2009) também participaram dos estudos.

Outros grupos de participantes também foram utilizados nos estudos analisados: Pais (somente figura paterna) com diferentes turnos de trabalho (Cia & Barham, 2008); mães de famílias em situações de risco psicossocial (Crepaldi *et al.*, 2006); pais adolescentes de bebês – até 11 meses (Almeida, Faustino & Ellen, 2007); homens-pais



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

separados, detentores de guarda dos filhos (Vieira & Souza, 2010); professores de séries iniciais (Cia & Barham, 2009); homens-pais que esperavam seu primeiro filho (Piccinini *et al.*, 2004); crianças com 10 e 11 anos de idade (Goetz & Vieira, 2009) e pais (figura materna e paterna) de crianças portadores de Síndrome de Down (Henn & Piccinini, 2010).

Análise dos métodos utilizados nos estudos

Foram identificados seis estudos que utilizaram delineamentos qualitativos, com uso de entrevistas semiestruturadas (Crepaldi *et al.*, 2006; Almeida, Faustino & Hardy, 2007; Vieira & Souza, 2010; Silva & Piccinini, 2007; Henn & Piccinini, 2010; Pontes, Alexandrino & Osório, 2009; Piccinini *et al.* 2004). Outros seis estudos, por sua vez, foram desenvolvidos a partir de um referencial quantitativo e delineamento correlacional, que contou com o uso de testes, preenchimento de escalas e questionários (Cia & Barham, 2006; Cia & Barham, 2009; Falceto *et al.* 2008; Cia, D’Fonseca & Barham, 2004; Ferreira, Leal & Maroco, 2010; Cia & Barham, 2008). Dois outros estudos identificados utilizaram delineamentos mistos (Goetz & Vieira, 2009; Oliveira, Rios-Neto & Oliveira, 2006)

Análise dos principais resultados encontrados nos estudos

Os resultados dos estudos também foram analisados a partir das 5 dimensões já identificadas nos objetivos. Na primeira dimensão “Cuidado paterno e suas diferenças em relação ao cuidado materno” pode-se perceber que, na visão de crianças entre 10 e 11 anos de idade, o pai real se mostra bastante afastado do ideal, no que se refere a aspectos de cuidado e de interação entre pai e filho. Isto não acontece em relação à mãe real (Goetz & Viera, 2009). Na visão de mães de famílias em situação de risco psicossocial, o comportamento paterno mostrou-se dissociado das práticas de cuidados. As atividades lúdicas que os pais realizavam com seus filhos não eram percebidas pelas mães como práticas efetivas de cuidados (Crepaldi *et al.*, 2006).

Na segunda dimensão “Impacto das condições de trabalho no envolvimento paterno” restrições de oportunidades para os pais participarem mais ativamente das rotinas familiares, em função das características de seu trabalho foram citadas (Cia & Barham, 2006). O turno trabalhado (noturno/diurno) assume um importante papel em maiores ou



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

menores níveis de envolvimento paterno. Os homens-pais que trabalham à noite, apesar de condições de trabalho mais favoráveis, parecem insatisfeitos com seu turno de trabalho. Como trabalham à noite, o descanso deve ser feito durante o dia e isto ocasiona falta de tempo para ficar com familiares e realizar atividades de lazer. (Ci & Barham, 2008);

Sobre a terceira dimensão “A relação pai-filho, desenvolvimento de habilidades sociais e as influências no processo de aprendizagem e atividades escolares dos filhos”, todos os estudos que compuseram essa categoria enfatizam a importância da relação pai-filho para o desenvolvimento social e de aprendizagem dos filhos. As pesquisas mostram que quanto maior a frequência de comunicação entre pai e filho e de participação do pai nos cuidados e atividades escolares, culturais e de lazer da criança, menores são os índices de hiperatividade e de problemas de comportamento apresentados pelos filhos. Da mesma forma, quanto mais adequado o repertório de habilidades sociais das crianças (Cia & Barham, 2009) maior o desempenho acadêmico (Cia, D’Fonseca & Barham, 2004),

Na quarta dimensão “Envolvimento paterno e sentimentos relacionados à paternidade”, os resultados descreveram diferentes variáveis que interferem nestes fenômenos. Identificou-se que diferentes responsabilidades financeiras e o tempo disponível para a criança, na paternidade exercido por adultos, interferem na relação pai-filho (Silva & Piccinini, 2007). Além disso, outras variáveis também interferem nesta relação: a qualidade da relação conjugal e a situação econômica da mãe (Falceto *et al.*, 2008), as características paternas individuais e as características da dinâmica familiar (Simões, Leal & Maroco, 2010), a presença de doença do filho (Henn & Piccinini, 2010).

No que se refere a quinta dimensão analisada – “Envolvimento paterno em diferentes contextos” as pesquisas descrevem a relação pai filho de diferentes formas. Foi observado que no contexto da amamentação, o homem é excluído desse processo, apesar dos benefícios que o mesmo pode oferecer, através do apoio oferecido à mulher (Pontes, Alexandrino & Osório, 2009). No contexto da gestação, alguns homens se mostram mais ativos, emocionalmente conectados a gestante a ao bebê. Porém, alguns pais ainda encontram dificuldades em perceber um bebe real e se envolver com o filho, antes do nascimento (Piccinini *et al.*, 2004)

Os estudos que investigaram como adolescentes se tornam vulneráveis à paternidade, mostraram que a vulnerabilidade dos adolescentes para a paternidade acontece em virtude da socialização de gênero nos moldes tradicionais, onde uma rejeição a ocupar



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

o lugar de cuidador mostrou-se forte (Almeida, Faustino & Ellen, 2007). A investigação sobre representações do que é ser pai e ser mãe no contexto de separação conjugal, quando o pai detém a guarda dos filhos mostrou que a paternidade tradicional é caracterizada, principalmente, por responsabilidades morais e financeiras. Por outro lado, há elementos que indicam a existência de uma nova paternidade, onde o envolvimento do pai enquanto cuidador ganha espaço (Vieria & Souza, 2010). Por fim, um outro estudo que verificou a relação entre a sintomatologia de Couvade e a qualidade do envolvimento paterno mostrou que não existe associação entre essas variáveis (Ferreira, Leal & Maroco 2010).

CONCLUSÕES

Os estudos realizados levaram em consideração diferentes variáveis para estudar o fenômeno da relação pai-filho. Entre elas: idade dos pais, idade dos filhos, tempo disponível para a relação pai-filho, situação econômica da mãe, situação conjugal, contexto de patologia infantil, entre outros. Isto, de fato, caracteriza um entendimento multidimensional da relação pai-filho, atravessado por variáveis que interferem na vivência do fenômeno e que devem ser levados em consideração em pesquisas da área.

Os métodos de pesquisas mostraram-se diversificados. Isto mostra que a temática esta sendo abordada através de diferentes perspectivas metodológicas. Os participantes das pesquisas, em sua maioria, constituíram-se por pais (figura materna e paterna) de crianças até 9 anos de idade, seguidos de pais (figura materna e paterna) de bebês. É importante que a temática também seja investigada através do discurso das crianças. Da mesma forma, primar para que a relação pai filho seja investigada através do discurso paterno. O discurso materno é muito utilizado para entender a paternidade e a relação pai filho e isto pode enviesar resultados.

Nos estudos analisados, a relação pai-filho é caracterizada como acontecendo, principalmente, através de atividades lúdicas e de lazer. Entretanto, estas não são percebidas pelas mães como práticas efetivas de cuidado. Para elas, o homem sempre ficaria com a “tarefa mais fácil”, que é brincar com as crianças. Porém, somente práticas de cuidados e satisfação às necessidades fisiológicas da criança não são suficientes para um desenvolvimento infantil saudável. Atividades de lazer e brincadeiras são práticas potencializadoras do processo de desenvolvimento de habilidades sociais da criança.



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Para os estudos que trouxeram as conseqüências da relação pai-filho para o desenvolvimento de habilidades sociais e aprendizagem das crianças, o pai assume importante papel. O pai aparece neste contexto como figura potencializadora destes processos. Um contato mais próximo entre pai e filho, durante a idade escolar, traria benefícios ao desempenho social e acadêmico das crianças.

Os estudos que abordaram as condições de trabalho do homem-pai na relação com os filhos e relação familiar mais ampla evidenciam o trabalho e o tempo disponível para a relação com a criança, como importantes variáveis a serem investigadas. Ao homem, se delegou, socialmente, o papel de provedor, responsabilidade financeira e afastamento dos cuidados com os filhos. Esta condição social, de certa forma, o afastaria de um maior convívio familiar. Porém, com a inserção da mulher no mercado do trabalho, os papéis parentais estão sofrendo transformações, onde ao homem está sendo possibilitado um papel mais ativo dentro da dinâmica familiar e dos cuidados com os filhos.

Somente em um dos estudos foi abordado a relação pai-filho no contexto da paternidade adolescente. Embora a paternidade seja um evento socialmente esperado para que aconteça na idade adulta, pode acontecer também durante a adolescência. Neste contexto a relação pai-filho também assume uma importância ao desenvolvimento da criança. Porém, estudos que enfoquem esta relação no contexto da paternidade adolescente mostram-se ainda mais escassos do que em estudos sobre a paternidade adulta (Jager & Botolli, 2011).

O estudo sobre a relação pai-filho no contexto da Síndrome de Down chamou atenção. O pai, mesmo com pouco tempo para estar com o filho, em função do trabalho, mostrou uma participação ativa em atividades de cuidado com o filho. A partir disto surge o questionamento acerca da necessidade de uma demanda externa para que essa participação aconteça de forma mais ativa.

Através desta breve revisão sistemática da literatura nacional, conclui-se que muitos questionamentos sobre como se estabelece a relação pai-filho interessam pesquisadores da área. A busca de estudos internacionais e a pesquisa em diferentes bases de dados com certeza trariam outros resultados para este estudo. Porém, optou-se por revisar somente estudos nacionais em uma base de dados referência (SciELO), com o objetivo de obter um panorama geral de pesquisas na área, no Brasil. Tendo em vista a pesquisa nacional, conclui-se que é necessário trabalhar para o desenvolvimento de



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

pesquisas sobre a paternidade e sobre o papel do pai enquanto cuidador. Encará-lo como figura potencial ao desenvolvimento infantil saudável. Alicerçados no tripé curiosidade científica / domínio teórico / aprofundamento metodológico, uma perspectiva otimista permeia estudos a serem desenvolvidos na área da paternidade, enquanto fenômeno macro.

REFERÊNCIAS

- Almeida, A.F.F., & Hardy, E. (2007). Vulnerabilidade de gênero para a paternidade em homens adolescentes. *Revista de Saúde Pública*, 41(4), 565-572.
- Barrero, A.C.M., Almeida, I.S., Ribeiro, I.B., & Tavares, K.F.A. (2010). Paternidade na adolescência: tendências da produção científica. *Adolescência e Saúde*, 7(2), 54-59.
- Bowlby, J. (1989). *Uma base segura: aplicações clínicas na teoria do apego*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Cia, F., & Barham, E.J. (2009). A experiência da paternidade e o envolvimento paterno no contexto da Síndrome de Down. *Psicologia em Estudo*, 14(1), 67-74.
- Cia, F., & Barham, E.J. (2006). Influências das condições de trabalho do pai sobre o relacionamento pai-filho [versão impressa]. *Psico-USF*, 11 (2), pp. 257-264.
- Cia, F., & Barham, E.J. (2008). Trabalho noturno e o novo papel paterno: uma interface difícil. *Estudos em Psicologia (Campinas)*, 25(2), 211-221.
- Cia, F., & Barham, E.J. (2009). O envolvimento paterno e o desenvolvimento social de crianças iniciando as atividades escolares. *Psicologia em Estudo*, 14 (1), 67-74.
- Cia, F., D' Affonseca, S.M., & Barham, E.J. (2004). A relação entre o envolvimento paterno e o desempenho acadêmico dos filhos. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 14(29), 277-286.
- Cia, F., Williams, L.C.A., & Aiello, A.L.R. (2005). Influências paternas no desenvolvimento infantil [versão impressa]. *Psicologia Escola e Educação*, 9 (2), 225-233.
- Crepaldi, M.A., Andreani, G., Hammes, P.S., Ristof, C.D., & Abreu, S.R. (2006). A participação do pai nos cuidados da criança, segundo a concepção de mães. *Psicologia em Estudo*, 11(3), 579-587.
- Dubowitz, H., Black, M.M., Cox, C.E. Kerr, M.A., Litrowink, A. J., Radhakrishna, A., English, D.J., Schneider, M.W., & Runyan, D.K. (2001). Father Involvement and



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

- children's functioning at age 6 years: a multisite study. *Child Maltreatment*, 6, 300-309.
- Falceto, O.G., Fernandes, C.L., Bartojo, C., & Giugliani, E.R.J. (2008). Fatores associados ao envolvimento do pai nos cuidados do lactente. *Revista de Saúde Pública*, 42(6), 1034-1040.
- Ferreira, L.S., Leal, I., & Maroco, J. (2010). Sintomatologia de Couvade e o envolvimento paterno durante a gravidez. *Psicologia Saúde & Doenças*, 11(2), 251-269.
- Goetz, E.R., & Vieira, M.L. (2009). Percepções dos filhos sobre aspectos reais e ideais de cuidado parental. *Estudos em Psicologia. (Campinas)*, 26 (2), 195-2003.
- Gomez, R., & Leal, I. (2007). Vinculação parental durante a gravidez: Versão portuguesa da forma materna e paterna da antenatal emotional attachment scale. *Psicologia Saúde & Doenças*, 8(2), 153-165.
- Henn, C.G., & Piccinini, C.A. (2010). A experiência da paternidade e envolvimento paterno no contexto da Síndrome de Down. *Psicologia Teoria e Pesquisa*, 26(4), 623-631.
- Houzel, D. (2004). As implicações da parentalidade. In: L. SOLIS-PONTOM, (Org.). *Ser pai, ser mãe. Parentalidade: um desafio para o terceiro milênio*. (pp. 47-51). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Jager, M.E., & Bottoli, C. (2011). E o pai, cadê? O lugar do adolescente pai na rede de atenção básica à saúde. *Anais da III Jornada do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Santa Maria*, Santa Maria, RS, Brasil.
- Oliveira, E.L., Rios-Neto, E.G., & Oliveira A.M.H.C. (2006). Transição dos jovens para o mercado de trabalho, primeiro filho e saída da escola: o caso brasileiro. *Revista Brasileira de Estudos Populacionais*, 23(1), 109-127.
- Paquette, D. (2004). *Theorizing the Father-Child Relationship: Mechanisms and development Outcomes hum develop*, 47 (4), 193-219.
- Piccinini, C.A., Silva, M.R., Gonçalves, T.R., Lopes, R.S., & Tudge, J. (2004). O envolvimento paterno durante a gestação. *Psicologia Reflexão e crítica*, 17(3), 303-314.
- Pontes, C.M., Alexandrino, A.C., & Osório, M.M. (2009). O envolvimento paterno no processo de amamentação: propostas de incentivo. *Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil*, 9(4), 399-408.



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Ramires, V. R. R. (1997). *O exercício da paternidade hoje*. Rio de Janeiro. Record: Rosa dos Tempos.

Silva, M.R., & Piccinini, C.A. (2007). Sentimentos sobre a paternidade e o envolvimento paterno: um estudo qualitativo. *Estudos em Psicologia (Campinas)*, 24(4), 561-573.

Simões, R., Leal, I., & Maroco, J. (2010). Paternal involvement in a group of fathers of elementary school children. *Psicologia Saúde & Doenças*, 11(2), 339-356.

Vieria, E.N., Souza, L.A. (2010). Guarda paterna e representações sociais de paternidade e maternidade. *Análise Psicológica*, 28(4), 581-596

Goetz, E.R., & Vieira, M.L. (2011). *Pai real, pai ideal*. (1ª ed). Curitiba: Juruá.





III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

A relevância da agressividade no processo de aprendizagem

Danilo Peres Bemgochea Junior ¹

Joyce de Abreu Martin Santos ¹

Marcelo Moreira Cezar ¹

¹ Centro Universitário Franciscano (UNIFRA)

RESUMO

Este é um estudo exploratório qualitativo referente a uma pesquisa com professores de uma escola pública do centro do estado Rio Grande do Sul. Buscou-se entender a realidade do exercício da função de professor, frente às questões da agressividade e os respectivos entendimentos sobre estes processos. Na forma de entrevistas individuais e posterior análise dos dados, conclui-se que a agressividade quando manejada de forma inadequada pela figura do professor poderá desencadear bloqueios dos esforços de auto aceitação, sofrimento mental, agressões verbais e depreciação do indivíduo; sobretudo, identificou-se, no discurso dos professores, que a agressividade não é manejada de forma positiva, estando posta como um empecilho ao processo de ensino aprendizagem.

Palavras-chave: Psicologia; Agressividade; Aprendizagem; Subjetividade; Professor

INTRODUÇÃO

Considerando os processos de formação de subjetividade e de busca de individualidades, os impulsos agressivos entram em discussão, da mesma forma a agressividade, em relação ao reiterar o funcionamento psíquico para o desenvolvimento da criança e do adolescente. Para atentar a esta discussão sobre agressividade, buscou-se uma escola pública da região central de Santa Maria-RS, Brasil, a fim de descrever teoricamente as características da agressividade no contexto escolar e, posteriormente, entrevistar professores e seus respectivos entendimentos sobre os comportamentos envolvendo agressividade de seus alunos. Ao formular a questão de correspondência da agressividade e o processo de aprendizagem escolar. Surgiu a proposta de pesquisa em



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

uma disciplina de Processos de Aprendizagem do Curso de Psicologia no Centro Universitário Franciscano, que visa discutir e problematizar a amplitude da diade ensino/aprendizagem como também os processos psíquicos da agressividade no desempenho escolar. O estudo buscou estabelecer discussões baseadas na pesquisa e nas falas dos professores, correlacionado com as ideias de autores que debatem sobre agressividade; portanto este estudo vem a contribuir para a psicologia na forma em que dimensiona a discussão sobre o aluno e a função da agressividade em seu aprendizado.

MÉTODO

Este estudo tem caráter qualitativo exploratório que, para Creswell (2010), tem como características principais: o ambiente natural, as múltiplas fontes de dados e análise de dados indutiva, de forma que o pesquisador coleta os dados no local onde os participantes vivenciam a questão ou problema estudado; com finalidade de explorar o espectro de opiniões sobre determinadas temáticas. Os dados foram coletados por mediação de entrevistas individuais, que conforme Creswell (2010) envolvem pouco número de perguntas, porém de caráter amplo que pretende extrair visões e as opiniões dos participantes em relação à temática da agressividade, sendo que cada entrevista durou cerca de 30 minutos, tempo em que os dados foram registrados e, posteriormente submetidos à Análise de Conteúdo segundo Bardin (2007).

Para isso o referente trabalho foi desenvolvido em uma escola da Região Central da Cidade de Santa Maria-RS, Brasil. Os participantes foram quatro professores que trabalham em diferentes disciplinas de uma mesma turma que disponibilizaram a participar do estudo, ou seja, vivenciam e manejam com atravessamentos cotidianamente semelhantes em relação ao exercício da profissão. Então, para a discussão separou-se em duas categorias: da agressividade ao sujeito, que se discorre sobre a importância da agressividade para a constituição da subjetividade; e, da interferência ao meio de trabalho do professor, onde se discute acerca do cotidiano do professor e seis desafios para manejar com a agressividade dos alunos.

DISCUSSÃO TEÓRICA



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Os impulsos agressivos podem ser pensados, segundo Melanie Klein (1970) e Donald Winnicott (1939/1987) como sendo intrínseco à constituição do ser humano. O modo e as razões da agressividade se destacar no funcionamento psíquico constituem um processo que se inicia precocemente e está estreitamente ligado ao desenvolvimento infantil. Para Klein (1970) a criança inicia a vivenciar os conflitos com suas pulsões destrutivas, já no final do primeiro ano de vida e início do segundo, trata-se de uma experiência dolorosa, marcada por tensão, angústia, culpa e medo. Com isso, o ambiente passa a representar um perigo em potencial, já que se torna o depositário de sentimentos fortes e destrutivos da criança, despertando-lhe mais angústia.

Winnicott (1939/1987a) salienta a importância do ambiente para permitir a expressão e transformação da agressividade infantil. Partindo de que no início da vida a agressividade não traz consigo a intenção de destruir, o referido autor enfatiza a função da mãe na criação de condições para que a criança possa tolerar a ansiedade e a culpa proveniente das pulsões destrutivas; como alguém que cuida da criança suprimindo-a não apenas de alimentação e conforto, mas também de segurança emocional. Para Winnicott (1956/1987b), as crianças que manifestam tendência à agressividade são aquelas cujo desenvolvimento, por algum motivo, revela algo que foi perdido, algo que nutria sua segurança psíquica; constituindo, então, uma reivindicação ao ambiente para o retorno ao ponto em que houve falha no desenvolvimento, a fim de dar curso ao que foi interrompido.

Papalia (2006) assinala os tipos de agressão conforme as idades e gênero, sendo as agressões do tipo instrumental, hostil, explícita e/ou relacional. A agressão instrumental diz respeito ao comportamento agressivo utilizado como meio de atingir um objetivo, ocorre geralmente entre os 2 anos e 6 meses e 5 anos, sendo característico do período pré-escolar. Agressão hostil refere-se ao comportamento agressivo que visa ferir outra pessoa, presente nos 6 e 7 anos. A agressão explícita (agressão física ou verbal) é claramente dirigida para seu alvo através de forças físicas ou ameaças físicas. Agressão relacional (agressão dissimulada, indireta ou psicológica) é dedicada a danificar ou prejudicar os relacionamentos, a reputação ou o bem-estar psicológico de outra pessoa.

De acordo com o autor acima citado, durante os anos escolares a agressão muda de forma – a agressão hostil torna-se mais comum do que a agressão instrumental e a agressão explícita cede lugar a agressão relacional. No que concerne ao gênero os meninos utilizam mais agressão explícita, enquanto que as meninas tendem a praticar agressão relacional.



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Crianças que agem na agressão hostil “acham que as outras crianças estão tentando feri-las e atacam com raiva em retaliação ou autodefesa”; já as crianças que utilizam a agressão instrumental “identificam a força e a coerção como modos eficazes de obter o que querem” (PAPALIA, 2006, p. 423).

Winnicott (1956/1987b) aponta a escola como ambiente propício à manifestação agressiva, nos casos em que a criança não encontrou continência necessária aos seus impulsos no seio familiar e que possa a escola, cumprir essa função. Kupfer (1998) analisa aspectos da cultura para afirmar que o professor brasileiro não encontra mais uma rede de sustentação simbólica que assegure o suporte da autoridade da profissão. A agressividade na escola pode ser reacionária a uma falta de limites simbólicos essenciais para o aprendizado e crescimento humano.

Sposito (1998) nos propõe que a violência escolar expressa aspectos epidêmicos de processos de natureza mais ampla, ainda insuficientemente conhecidos, que requerem investigação. Para isto investigação realizada por Cardia (1997), na visão dos professores, os seus alunos apresentam um comportamento agressivo e intolerante. Alguns fatores são apontados para esse comportamento: família composta por muitos filhos, nas quais os pais dedicam pouco tempo à sua educação e como resultado, esses jovens apresentariam dificuldades no relacionamento com o outro; e uma presença cada vez menor do adulto na vida da criança, comprometendo sua noção de civilidade e companheirismo. Ainda os pais e responsáveis estariam repassando a sua função de preparar esses jovens para a vida aos professores.

De acordo com Machado (2002), pais e professores precisam fazer com que a criança sinta-se amada e aceita, mesmo diante de condutas negativas realizadas por esta, pois assim será possível levá-la a superar seus conflitos e alcançar um desenvolvimento saudável de sua personalidade.

A criança que rasga e quebra busca eliminar algo ou alguém que a perturba e que a faz sentir-se insegura, revoltada e violenta, desajustada e carente. Esta é uma criança que precisa de orientação firme e repleta de afeto, aceitação e paciência. As respostas agressivas da criança não devem ser interpretadas como a expressão de maldade, e sim como uma consequência da herança instintiva que recebeu dos adultos com quem convive, somada às influências do meio ambiente. É fundamental ensinar a criança a conviver com seus impulsos agressivos e aprender a controlá-los, quando eles se tornam inconvenientes para si próprias ou para os outros. (MACHADO, 2002, p.47-48).



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Ramos (2011) aponta a agressividade em termos adaptativos quanto força propulsora para o crescimento e amadurecimento psíquico, porém pode ser um meio destrutivo dos laços sociais ao recusar novas possibilidades de aprendizagem; nesse sentido o professor torna-se um mediador das informações e vivências que os alunos trazem à sala de aula.

Ramos (2011, p.128) diferencia agressividade de agressão; “agressão representa uma forma de desligamento, ruptura, ataque aos vínculos; agressividade representa uma forma de proteção contra o meio e pode revelar uma ambição relacionada com metas desejadas pela pessoa”. Pietro (2008, p.223) complementa, ao compreender a agressividade como parte do impulso que está intensamente ligado ao aprender e à competência criativa e simbólica da criança, “fator importante à aquisição da aprendizagem e que pode servir de mediatizadora, estando dentro de um nível simbólico e não sendo algo que deve ser evitado, porque é constitutivo de toda a pulsão”. Já a agressão, pelo contrário, acaba por atrapalhar e destruir o processo de pensar; não pode ser mediatizada e não está no nível simbólico. A criança que passa a apresentar problemas de agressão evidencia sério déficit em sua experiência lúdica.

Pietro (2008) ressalta a importância da figura do professor, pois se este cria um ambiente com atividades prazerosas durante o período das aulas, assim a probabilidade de que comportamentos agressivos surjam é menor. É de suma importância que o professor incite as crianças menores a usarem brinquedos que tenham partes para serem manipuladas, retiradas, colocadas, desmontadas, a fim de que a criança desenvolva sua capacidade de destruir para construir, proporcionando seu amadurecimento cognitivo. Acentuando que, violência, pode ser definida, como defende Guimarães (1996), pela interferência do adulto, ou pessoas mais velhas, sobre a competência social do indivíduo, o abuso de poder disciplinador, coercivo, o tratamento das relações interpessoais.

DISCUSSÕES E RESULTADOS

Da agressividade ao sujeito

A agressividade como constituinte do processo de desenvolvimento do sujeito, tem papel importante nos atores sociais, que diz respeito à busca de identidade no contexto social. Apoiar-se na teoria e nas falas dos entrevistados para discutir esta temática.

“Tom de voz, expressão física e gestos; a influência sobre os outros de forma intrusiva. Quando o aluno critica o outro de forma agressiva influenciando sobre o



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

comportamento do mesmo” [sic!]. De acordo com Lisboa (2005), a agressividade pode ser distinguida entre agressividade externalizada e agressividade relacional. A primeira é definida como todo comportamento verbal e/ou físico que tem a intenção de prejudicar o outro, causar-lhe danos, machucá-lo, por exemplo: bater, chutar, ameaçar, falar mal, etc. Já, a agressividade relacional (indireta) o protagonista passa a ideia de que não há intenção de prejudicar o outro, contudo, gera sofrimento, pois age com intuito de danificar amizades e inclusão de pessoas no grupo de iguais, por exemplo, isolar a pessoa do grupo, espalhar fofocas, denegrir a imagem da pessoa, etc.

Neste viés, a mídia como elemento potente de formação de opinião e de persuasão, através de suas propagandas e programações, prerrogativa-se a: **“Moda até na televisão, eles são agressivos por moda. Usam tapas para sinalizar. Não sabem sustentar no português, precisam usar de tapas. Qualquer coisa é motivo para um tapa. Pois o adolescente é levado pela mídia sem criticar, são reflexos do meio”** [sic!]. De tal forma que o entretenimento dos meios, de acordo com Garcia (2002) pode servir tanto para evasão da realidade e das obrigações, como para o encontro social, estimular ilusões, confirmar o saber, entre outros; ou seja, são processos normais e, às vezes, terapêutico. Contudo o excesso é que é perigoso, podendo ser disfuncional para o indivíduo.

Segundo Papalia (2006) as crianças que não veem agressividade na vida real, na maioria das vezes o veem na televisão. Sendo possível que, crianças que são mais propensas a comportamentos agressivos, assistam mais que outras crianças e se tornem ainda mais agressivas, pelo fato de identificação com os personagens vistos.

Outro fator negativo é o “massacre” de informações advindas por sons e imagens, o que pode interferir negativamente no aparelho psíquico da criança, deixando-a passiva e/ou intolerante e irritada, e com problemas de linguagem, principalmente na ausência de adultos, de acordo com Levisky (1998).

Da interferência ao meio de trabalho do professor

Ao meio de trabalho do professor, evidencia a interferência que a agressividade traz ao cotidiano, como parte de reclamações por estes profissionais. Cabe aqui a levantar as questões de compreensão, da dimensão do aluno agressivo, com a relação da fase do desenvolvimento.



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

“Interfere. Por que se perde tempo se explicando o comportamento adequado. Tem que parar a aula para explicar o que se deve fazer” [sic!]. Sisto (2007) aponta que professores repetidamente gastam mais tempo na sala de aula com conflitos agressivos do que com o próprio ensino, inclusive tendo de suportar explosões agressivas. Contudo, o autor ressaltar que o comportamento agressivo é desencadeado após um processo complexo, na qual é resultante de variáveis pessoais e situacionais.

“Quando se dá liberdade para o aluno” [sic!]. A desatenção afeta o trabalho em sala de aula e o desempenho. Também podem levar ao rompimento de regras familiares, educacionais e interpessoais, especialmente na adolescência. Ao final da infância, os sinais de excessiva atividade motora ampla passam a ser menos comum, podendo os sintomas de hiperatividade limitar-se à inquietação ou uma sensação íntima de agitação ou nervosismo (SISTO, 2007).

“Quando há discordância de opinião” [sic!]. De acordo com Lisboa (2005), estudos revelam que as meninas utilizam mais da agressividade verbal - relacional, enquanto que os meninos usam mais da agressividade física, ambos na tentativa de resolver um problema com um colega.

“Agressividade não ajuda em nada” [sic!]. Fernandez (1992) propõe a agressividade como possibilitadora de aprendizagem, por esta ser mediatizadora, por ser impulso para o “conhecer” e por estar a serviço de autoria do pensamento; não existe desejo de saber, conhecer e aprender sem agressividade. A agressividade não é algo que tenha que ser evitado, nem uma enfermidade que precisa ser curada. Conforme a mesma autora, não há aprendizagem possível, sem que o aprendente e o ensinante, ponham em jogo a sua agressividade. Nesta articulação entre agressividade de ambos, é que vai surgir o trabalho de construção e reconstrução do conhecimento, o que vai tornar desnecessário os atos agressivos. Se ele aparecerem será imediatamente reabsorvidos pela produção que esta realizando este grupo, o próprio ator deste ato agressivo, vai fazendo-se responsável de sua capacidade reprodutiva e ao reconhecer que pode produzir já não vai sentir necessidade deste tipo de sintoma.

“Não tem solução. Mas se a família se associar a escola para discutir. Mas também, até os adultos estão perdidos. Escola ter união entre professores, pois tem professores que dão aula em três escolas. Também, incentivar a união entre pais e a escola, para limitar os usos do computador e da televisão”.



“Depende do motivo do comportamento, mas de acompanhamento médico e familiar”.

“Ser trabalhado, com palestras e espaços de discussão, até entre os alunos. Porque tem que ser reforçado o tempo todo” [sic!]. Segundo Schaffer (2005), pais e professores podem remover (ou se recusar a comprar) brinquedos agressivos, tais como armas, tanques e facas de borracha, que possam provocar fantasias violentas e comportamentos agressivos. Prover espaços amplos para brincadeiras rigorosas também ajuda a eliminar os choques acidentais, empurrões e tropeções que, muitas vezes, conduzem a explosão da agressividade.

Segundo Papalia (2006) os pais podem ajudar a resolver a agressão das crianças limitando o tempo total, em frente à tela e selecionando programas, que promovam comportamento pró-social. Comportamentos agressivos, dependendo da forma ou função e o contexto, pode ser considerado adaptativo ou não adaptativo, tendo assim ganhos (status, liderança, alcance de objetivos, dominação) ou perdas (violência, exclusão, etc.), de acordo com Bronfenbrenner (1998).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A escola, como instituição que faz parte da sociedade, sofre os reflexos dos fatores de violência externos que têm gerado conflitos manifestados dentro da sala de aula, comprometendo o aprendizado e as relações interpessoais. Nesse sentido, Sposito (1998) nos propõe que a violência escolar expressa aspectos epidêmicos de processos de natureza mais ampla, ainda insuficientemente conhecidos, que requerem investigação. Faz-se necessário, portanto, investigar a concepção do professor, principal ator nesse cenário educacional, acerca da violência, pois muitas vezes esta pode ser percebida e compreendida como inevitável e inerente ao contexto.

A violência pode ser definida, como defende Guimarães (1996), pela interferência do adulto, ou pessoas mais velhas, sobre a competência social do indivíduo, o abuso de poder disciplinador, coercivo, o tratamento das relações interpessoais. A violação dos direitos, a negação dos valores humanos (vida, liberdade, segurança) estando intrinsecamente ligada a violência sexual e doméstica, resulta em tortura psicológica, ameaça de abandono



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

(sofrimento psicológico); a negligência desencadeia bloqueios dos esforços de auto-aceitação, sofrimento mental, agressões verbais e depreciação do indivíduo.

Realizando este trabalho pôde-se perceber como o conceito de agressividade está banalizado por parte dos professores, visto que estes o consideram como fator exclusivamente negativo e que atrapalha o processo de ensino-aprendizagem. Conclui-se que a agressividade quando afrontada de forma inadequada pela figura do professor poderá desencadear bloqueios dos esforços de auto aceitação, sofrimento mental, agressões verbais e depreciação do indivíduo; sobretudo, identificou-se, no discurso dos professores, que a agressividade não é manejada de forma positiva, estando posta como um empecilho no processo de ensino aprendizagem.

Contudo, como já foi descrito no trabalho, a agressividade é potencializadora e necessária para aprendizagem, por isso é importante uma maior capacitação e aprimoramento para os profissionais que lidam diretamente com as crianças e adolescentes no período escolar.

REFERÊNCIAS

- BARDIN, L. (2007). *Análise de conteúdo*. (4.ed., Edições 70) Lisboa, Portugal.
- BRONFENBRENNER, U.; MORRIS, P. The ecology of developmental processes. In: LENER, R.M. **Theoretical models of human development**. New York: John Wiley, 1998.
- CRESWELL, J. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. 3. ed. Traduzido por: Magda Lopes. Porto Alegre: Artmed, 2010.
- FERNANDEZ, A. Aprendizagem: qual o teu papel na aprendizagem?. In: BORDIN, Jussara; GROSSI, Esther (org.). **Paixão de aprender**. Petrópolis: Vozes, 1992.
- GARCÍA, V.R. Apresentação. In: CONTRERA, M.S. **Mídia e pânico: saturação da informação, violência e crise cultural na mídia**. São Paulo: Annablume/Fapesp, 2002.
- GUIMARÃES, A. M. Indisciplina e violência: ambiguidade dos conflitos na escola. In: Itani, A. **A violência no imaginário dos agentes educativos**. São Paulo: Caderno Cedes, v. 47, n.19, p. 36-50, 1996.
- LISBOA, C. S. M. Comportamento agressivo, vitimização e relações de amizade de crianças em idade escolar: fatores de risco e proteção. Tese de doutorado em



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

- psicologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2005. Disponível em:
<<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/6875/000536824.pdf?sequence=1>
< Acesso em: 21 de abril de 2012.
- KLEIN, M. Tendências criminais em crianças normais. In:_____. **Contribuições à Psicanálise**. São Paulo: Mestre Jou, 1970.
- KUPFER, M. C. Violência da educação ou educação violenta? In: LEVINSKY, David Léo. (Org.), **Adolescência pelos caminhos da violência**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1998.
- LEVINSKY, D. L. A mídia: interferências no aparelho psíquico. In: LEVINSKY, D.L. (Org.). **Adolescência: pelos caminhos da violência – a psicanálise na prática social**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1998.
- MACHADO, P. B. **Comportamento infantil: estabelecendo limites**. Porto Alegre: Mediação, 2002.
- PAPALIA, D. E.; OLDS, S. W.; FELDMAN, R. D. **Desenvolvimento Humano**. 8. ed. Traduzido por: Daniel Bueno. Porto Alegre: Artmed, 2006.
- PIETRO, P. P.; JAEGER, F. P. **Agressividade na infância: análise psicanalítica**. Joaçaba: Visão global. v.11. n.2. p.217-238, 2008. Disponível em: <<http://editora.unoesc.edu.br>> Acessado em 8 de abril de 2012.
- RAMOS, M. B.J.; FARIA, E. T. **Aprender e ensinar: diferentes olhares e práticas**. Porto Alegre: PUCRS, 2011. Disponível em: <<http://www.pucrs.br/edipucrs/>> Acessado em 2 de abril de 2012.
- Rohde, L. A., Mattos, P. **Princípios e práticas em transtorno de déficit de atenção/hiperatividade**. Porto Alegre, RS: Artes Médicas, 2003.
- SISTO, F. F.; OLIVEIRA, A. F. **Traços de personalidade e agressividade: um estudo de evidência de validade**. São Paulo, 2007. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S16767314200700010011&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 21 abril de 2012.
- SPOSITO, M. P. A Instituição escolar e a violência. **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo, v. 104, p. 58-75, 1998.
- VARGAS, I.; BAGATINI, F. Intervalo bem aproveitado. IN: **Pátio**. Porto Alegre: FNDE, 2007.



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

WINNICOTT, Donald Woods. Agressão. In: **Privação e Delinquência**, São Paulo: Martins Fontes, 1987a.

WINNICOTT, Donald Woods. A tendência anti-social. In: **Privação e Delinquência**. São Paulo: Martins Fontes, 1987b.





III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Aspectos relacionados à qualidade de vida no trabalho no ensino superior

Caroline Lúcia Cantarelli Rohde ¹

¹ Centro Universitário Franciscano (UNIFRA)

Resumo

Este trabalho traz dados de uma pesquisa realizada na dissertação de mestrado do curso de Pós Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Santa Maria, intitulada “Qualidade de vida no trabalho sob a perspectiva dos professores no ensino superior”. O objetivo foi compreender como a qualidade de vida no trabalho é compreendida pelos professores vinculados à área de Ciências Sociais e Humanas de uma Universidade Federal no interior da Região Sul do Brasil. Tratou-se de um estudo empírico exploratório-descritivo, qualitativo. O instrumento utilizado para coleta de dados foi uma entrevista semi-estruturada, com dez professores. Os dados foram analisados conforme a técnica da análise de conteúdo e as categorias foram criadas de acordo com os domínios investigados no instrumento WHOQOL-bref: físico; psicológico; relações sociais e meio ambiente. Os resultados mostram que existe por parte dos professores, dedicação, comprometimento, respeito e admiração pela Instituição em que trabalham e o trabalho foi percebido como algo prioritário em suas vidas. Contudo, revelam desconforto em relação a ter que conviver em um local não propício ao desenvolvimento da sua profissão e às oportunidades escassas para desenvolvimento profissional dentro da Instituição. Além disso, há a falta de reconhecimento do trabalho do professor, em termos de recursos financeiros; falta de suporte social no trabalho; há competitividade entre colegas e existe certa urgência de uma gestão de qualidade que orientasse algumas ações nos departamentos da Instituição de Ensino Superior.

Palavras-chave: Trabalho; Qualidade de Vida no Trabalho; Docentes de Ensino Superior



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

INTRODUÇÃO

A qualidade de vida no trabalho (QVT) está relacionada ao bem-estar de modo geral e a saúde dos trabalhadores na execução das suas funções. Atualmente, esse conceito refere-se a aspectos físicos e ambientais, como também a aspectos psicológicos do ambiente de trabalho. Assim, em uma instituição, é possível verificar que a qualidade de vida está associada à reivindicação dos profissionais quanto ao seu bem-estar e à satisfação no trabalho, mas também ao interesse da organização sobre a produtividade e a qualidade do que está sendo realizado (CHIAVENATO, 2008; LIMONGI-FRANÇA, 2009).

Ainda, a Qualidade de Vida no Trabalho (QVT), inserida no contexto em pauta, tem como objetivo principal a busca do equilíbrio psíquico, físico e social das pessoas dentro da instituição. Assim sendo, ela incide sobre as aspirações de cada um em relação ao seu bem-estar e à satisfação do trabalho, assim como sobre o interesse da organização quanto aos seus efeitos nos objetivos organizacionais. Deve-se acrescentar, ademais, que a QVT está relacionada com aspectos importantes para o desenvolvimento psicológico e socioprofissional do indivíduo, como a motivação para o trabalho, a capacidade de adaptação a mudanças, a criatividade e a vontade de inovar ou de aceitar mudanças na instituição (CHIAVENATO, 1995; ARELLANO, 2004).

Verifica-se a existência de diferentes concepções teóricas sobre a QVT, entretanto, entende-se que há uma concordância quanto ao seu objetivo principal, que consiste, essencialmente, em propiciar uma humanização do trabalho, ou seja, uma melhoria no bem-estar dos trabalhadores e um processo gradativo de participação deles nas decisões e nos problemas emergentes no seu próprio cotidiano de trabalho, criando um senso de autonomia (SIMÕES & SILVA, 2002).

Assim, a rapidez das transformações no mundo do trabalho e as demandas por constantes atualizações têm modificado o estilo de vida das pessoas e dos trabalhadores. Na intenção de compreender a qualidade de vida no trabalho dos professores, deve-se também levar em consideração o entendimento de saúde individual, pois a instituição de ensino superior, além de buscar excelência em ensino, deve refletir sobre a saúde dos docentes, proporcionando bem-estar nos aspectos físico, psíquico e mental.

Dessa forma, justifica-se este estudo por ser relevante uma construção científica que priorize compreender como é percebida a qualidade de vida no trabalho sob a



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

perspectiva dos professores de ensino superior, pois as transformações no mundo do trabalho têm afetado as Instituições de Ensino Superior (IFES) e faz-se importante uma reflexão sobre a forma como está sendo estabelecida a qualidade de vidas desses trabalhadores associando-as às exigências econômicas e sociais.

OBJETIVO

Discutir sobre alguns aspectos da qualidade de vida no trabalho (QVT) através da percepção dos professores universitários sobre o fenômeno e relacioná-los com a sua atividade profissional.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, de caráter exploratório-descritivo, com o objetivo de compreender como professores do ensino superior de uma Universidade Pública percebem a qualidade de vida no trabalho. Os participantes foram convidados a participar da pesquisa através de uma reunião realizada com todos os professores vinculados à dez departamentos do Centro de Ciências Sociais e Humanas da Universidade. Foi entrevistado um professor por departamento, totalizando dez professores participantes, através de um roteiro de entrevista semi-estruturada. A entrevista investigou a percepção dos professores sobre sua qualidade de vida no trabalho em quatro aspectos: físico; psicológico; as relações sociais e o meio ambiente.

Os dados foram interpretados conforme pressupostos da análise de conteúdo temática de Bardin (2004), sendo as categorias criadas a partir do instrumento WHOQOL-bref. Este foi criado pelo Grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde (1996) e avalia a qualidade de vida de forma global, através de quatro domínios: domínio psicológico, domínio do ambiente, domínio físico e domínio das relações sociais (Fleck, 2000). Estes domínios constituem as categorias de análise deste estudo.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição, conforme o parecer nº 23081.003148/2011-18, CAAE 0023.0.243000-11. Todos os requisitos éticos da pesquisa com seres humanos foram respeitados durante a



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

realização da pesquisa. Para garantir o sigilo em relação aos participantes, os nomes reais dos professores serão substituídos por letras do alfabeto.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Aspecto psicológico

Nesse aspecto, são contemplados os sentimentos positivos e negativos do trabalho. Em relação aos sentimentos positivos, dois professores expressam o trabalho como satisfatório em suas vidas:

“Eu amo o que eu faço, tanto é que já posso me aposentá e não me aposento, eu gosto, a atividade docente é estimulante, cada aula é um momento único, a gente se renova. Tem que tá sempre se atualizando, eu gosto muito, eu gosto do que eu faço”[...] (A).

“[...] muito importante, muito significativo, eu adoro o trabalho que eu faço, eu gosto, eu me sinto bem, eu gosto de tá aqui dentro da universidade, trabalho pra mim é tudo, primeiro lugar claro a família da gente, nos finais de semana, nos horários que posso desligo a tomada um pouco e vô viver a família, mas, às vezes, até me dedico bem mais ao trabalho” (B).

A avaliação dos professores em relação ao seu trabalho mostrou-se positiva. Constata-se que existe uma dedicação, um comprometimento no trabalho e ainda um respeito e uma admiração pela Instituição em que trabalham. Além disso, a família é citada como algo importante e que parece ter uma relação com a questão da satisfação com o trabalho. Isto pode ser percebido através da ideia de que o trabalho é gratificante e isso contribui para o bem-estar com a família e os amigos, influenciando e fortalecendo os laços sociais.

A relevância da satisfação no trabalho não reflete a preocupação com a efetividade e a competitividade, mas uma concepção social segundo a qual o indivíduo, sentindo-se satisfeito com o seu fazer, pode tornar-se mais integrado à sociedade, a sua família e melhorar o seu bem-estar físico e mental (SIQUEIRA & JÚNIOR, 2004). Considera-se que o bem-estar emocional do professor é essencial para sua motivação e serve como indicador de sua satisfação com o trabalho. É uma condição indispensável para a boa



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

prática educativa, sendo que também deve vir acompanhado do saber e da responsabilidade moral para que a atividade docente atinja os seus objetivos (MARCHESI, 2008).

Contudo, o trabalho ainda é sentido como algo que deve ser reorganizado para que não seja uma tarefa exaustiva:

“[...] tentar ter uma vida um pouquinho mais saudável, coisa que eu não tô conseguindo, então, eu tô tentando me reorganizar, algumas coisas ainda estão faltando em termos de qualidade de vida, [...]”
(D).

No discurso dos professores, o trabalho foi percebido como algo prioritário em suas vidas, embora afirmassem que a família, os amigos, a vida social também tinham a sua significação. No entanto, quando questionados se reservavam um tempo para atividades de lazer com a família e amigos, não se obteve respostas conclusivas.

Estas informações nos levam a questionar a qualidade de vida no trabalho de professores universitários, visto que a qualidade de vida no trabalho está relacionada ao equilíbrio psíquico, físico e social dos indivíduos, dentro de um contexto organizacional. Para que exista uma qualidade de vida no ambiente laboral é necessário um equilíbrio nestas três dimensões, sendo que devem estar integradas para que ocorra um crescimento pessoal e institucional (ARELLANO, 2004).

Aspecto do ambiente

Este aspecto envolve a esfera física do ambiente de trabalho, como também recursos financeiros e oportunidades de desenvolvimento profissional. É importante mencionar que a Universidade pesquisada funciona em dois locais diferentes. Um deles possui uma localização central e o outro é localizado em uma área retirada do centro da cidade. Da mesma forma, a Universidade está passando por reestruturações físicas e aquisições tecnológicas, sendo que muitos professores ainda trabalham em prédios bastante antigos, com limitações de espaço e de recursos didáticos tecnológicos.

Com relação aos aspectos do ambiente de trabalho, foi possível identificar tanto pontos positivos do ambiente físico quanto pontos negativos. Pontos positivos são retratados na fala desta professora:



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

“Do ponto de vista de recursos para ministrar aulas sim, nós temos maior número de instrumentos, audiovisuais para qualificar o trabalho da gente e facilitar, também em relação à parte física, nós temos uma sala de reuniões, nós temos a sala de estudos que aqui no curso não havia antes” (A).

Os aspectos negativos referentes ao ambiente de trabalho são representados pela fala abaixo:

“A qualidade de vida pra mim são várias coisas né, o ambiente, quer dizer, [...] nós, aqui, no centro somos deslocados, tô loco pra que termine as obras lá, que, um dia, a gente possa ir pra lá, ter um local melhor pra trabalhar, o que, aqui, não oferece, isso, aqui, é um prédio velho construído a quantos anos atrás, não tem mais condições de suportar isso aqui, então a qualidade de vida do trabalho dentro da universidade, eu vou te dizer assim ó, eu acho que é quase zero[...]”(B).

O professor entrevistado traz sua angústia em relação a ter que conviver em um local não propício ao desenvolvimento da sua profissão e o quanto sente-se afetado nesse aspecto em relação a qualidade de vida no trabalho. A falta de recursos para o trabalho ou mesmo a precariedade do ambiente físico geram efeitos sobre a saúde do trabalhador e podem contribuir para que o sofrimento e o adoecimento psíquico ou físico manifestem-se (CODÓ, 1999).

Uma professora descreve como se sentia em relação à um prédio antigo, onde executava o seu trabalho:

“o ambiente de lá não dava condições né, a sala dos professores era mesa com mesa e atendendo aluno e tudo meio mesclado [...] a sala de reuniões se deixássemos fechada por muito tempo, depois nós não entrava por causa do cheiro dos morcegos [...]”(E)

A mesma professora fala sobre a mudança do local de trabalho. A diferença de estrutura física, existente nos dois locais onde a Universidade funciona (um central e outro afastado do centro da cidade) é citada como um fator que possibilitou a melhoria na qualidade de vida no trabalho. O local afastado do centro da cidade possui uma melhor estrutura física para atender tantos os professores quanto os alunos:

“eu considero que melhorou o ambiente, tem banheiro bom, sala boa, ar condicionado, [...] data show instalado, então eu considero que isso aí seja qualidade e facilite”(E).



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Estas informações concordam com a ideia de Jesus (2007), onde é necessário que os professores tenham condições de trabalho que permitam desenvolver a sua competência profissional e, assim, possam realizar um trabalho de qualidade. Bons equipamentos de informática e melhoria de espaços físicos contribuem para a execução do trabalho e a diminuição do estresse.

Quanto às oportunidades para desenvolvimento profissional dentro da Universidade, os professores assinalam que elas existem, porém são escassas. Percebem a importância do desenvolvimento profissional dentro da Instituição para a realização de um bom trabalho:

“muito pouco [...] acho que a universidade tem muita coisa focada pro funcionário e quase nada pra professor (D)

“ter uma formação adequada, isso favorece várias coisas, então, eu acho que isso, atualmente, é possível a gente ter ou no momento que entra ou durante [...] tendo uma formação permanente, uma formação continuada, eu acho que isso é uma, isso é algo importante em termos de satisfação, em termos de realização do professor. (J)

É conveniente salientar que para obter o domínio das competências profissionais há o imperativo de uma atualização permanente. Isto implica em atividades de formação, leituras e participação em projetos de inovação. Estes são aspectos que reforçam e aperfeiçoam a confiança e a segurança dos docentes em suas possibilidades da profissão (Marchesi, 2008)

Além disso, o reconhecimento do trabalho do professor, em termos de recursos financeiros, não é percebido pelos professores entrevistados como fator motivador:

“eu ganho uma remuneração e que parte dele é o salário, trinta por cento da minha renda total é meu salário que é composto de setenta por cento de gratificações, que vai desaparecer quando eu me aposentar, nesse caso, estou satisfeito, o salário[...] mas estou insatisfeito em saber que me resta, eu ganho apenas trinta por cento, é uma ameaça pro futuro, então, eu vejo a precarização do trabalho docente”(I).

“acontece que houve uma defasagem salarial, uns oito anos sem aumento [...] lógico que afeta, você tem que fazer escolhas [...], mas tivemos uma reparação nos últimos dois governos que foi alguém do



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

que deveríamos, mas além do que se tinha até então, [...] nós temos os menores salários do executivo por titulação, [...]essa defasagem incidi sobre a qualidade de vida do teu trabalho, na qualidade do lazer, etc”(F).

Os docentes entendem a defasagem salarial como um aspecto que incide negativamente sobre o trabalho que desempenham. Eles acabam estabelecendo comparações com outras profissões que são melhores remuneradas e que exigem as mesmas condições de titulação do professor. A educação superior no Brasil ainda representa uma forma de desgaste para o professor. Fernandes (1996) descreve um aspecto que Walton (1973) acena sobre a remuneração adequada. Esta é entendida pelo trabalhador como um valor indispensável para viver dignamente de acordo com as necessidades pessoais e com padrões estabelecidos no meio em que vive.

Dessa forma, os docentes concluem que a remuneração pelo trabalho docente não é ruim, mas que o salário de ensino superior ainda está desatualizado no mercado tanto do professor da graduação como de pós-graduação. O aspecto de reconhecimento da profissão docente vem sendo discutido por anos a fio e gera descontentamento entre a categoria, o que também pode influenciar na qualidade do Ensino Superior no Brasil e sobre a qualidade de vida no trabalho.

Aspecto físico do indivíduo

Este aspecto fala sobre a energia e a fadiga, o sono e o repouso, a mobilidade, as atividades da vida cotidiana, a dependência de medicação ou de tratamentos e o quanto o indivíduo se sente capaz para o trabalho. Conforme a fala dos professores foi possível verificar que, em função dos estudos, e, por vezes, da própria escolha, a atividade física é deixada de lado e quadros de dor intensa manifestam-se:

“Sinto, mas não é por causa do trabalho, é que eu tenho artrose, [...], então eu tô sempre com dor, a dor já faz parte da minha vida. Tô sempre com dor, quando piora, aí eu tenho que fazer infiltração, mas tá, tá normal, não é por causa do trabalho. Naturalmente, se eu fosse trabalhar em pé, muito tempo, aí pioraria” (A).



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

[...]“dores lombares, eu tenho às vezes, horríveis tem que tomar relaxante e coisa que não aguento de dor às vezes dependendo do horário [...]até fazia uma academia, hoje tô parado, até tô pensando em ter que retomar tudo de novo porque eu larguei tudo em detrimento dos estudos” (B).

“Tem um bruxismo chatinho que não tem etimologia definida nem tratamento que essa é uma grande incógnita na verdade que eu não posso nem dizer se é uma condição física, vou procurar um especialista, a gente faz o quê? [...] uma massagem, um relaxamento”(H).

Nas três falas percebe-se que existem as dores físicas, mas parece existir um mecanismo de negação em relacionar as dores ao trabalho. Os participantes mostram, de forma implícita, que aspectos como a postura corporal, a falta de exercícios e a não aceitação de algum distúrbio psicológico contribuem para a ausência de qualidade de vida no trabalho.

A atividade da docência, quando realizada sob condições de excesso de exigências e níveis de pressão exacerbados, acomete a qualidade de vida no trabalho, na medida em que o organismo do indivíduo responde a essa sobrecarga (CUNHA, 1989). Entretanto, parece que os professores não aceitam conscientemente a questão da dor como algo que possa prejudicá-los de forma mais preocupante. Além disso, relatam procurar ajuda especializada quando não suportam mais as dores.

Quando se busca uma melhor qualidade de vida, não ter atitudes saudáveis e levar uma vida desregrada pode ocasionar problemas de saúde. O estilo de vida é o modo pessoal que cada um organiza a sua vida cotidiana e a forma como isso acontece depende de vários fatores. Portanto, para obter os resultados de uma boa saúde é necessário atingir um equilíbrio desses fatores. Um deles seria a inclusão da atividade física (ZANCHI & ZUGNO, 2008).

Quatro professores conseguem expor os seus sentimentos em relação às dores sentidas e ao desgaste em decorrência do excesso de trabalho:

“As eventuais dores de cabeça que eu acho que são comuns ao professor, né? momentos de muita atividade, muita, ah, eu não sou uma pessoa tensa, mas se tem atividade intensa, ah, o resultado pra mim são dores de cabeça, que eu resolvo né, com automedicação, tomando [...] duas são suficientes pra me amortecer. Mas é assim, né, acho que eu não sou viciado nisso, é eventual, mas em momentos mais intensos, ela vem violenta, né?!”(F).



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

[...] “o ano passado foi muito estressante assim, eu tive uma carga de trabalho muito grande, eu trabalhava final de semana, tanto que chegou em dezembro eu comecei a perder o cabelo [...] e notava que acabava descontando nos alunos da graduação”(D).

“puxa vida, é uma luta diária, mas isso é mais no dia da atividade que você vai fazer, tem umas atividades que são tão compensadoras que a fadiga desaparece, mas se tem desvio da atividade que você vai fazer você parece que tá sempre cansado” (I)

“cada corpo é um corpo, vai bater de forma diferente,[...]tem reflexo no corpo da gente, eu vejo que eu tô aqui e engordei uns vinte quilos mais ou menos[...]”(G).

A atividade do professor vem se tornando, a cada ano, mais cobrada no sentido de produção. A avaliação é baseada em resultados, é medido aquilo que os professores conseguem produzir em termos de resultados quantitativos. E para que se consiga produzir, quantificar o seu trabalho, eles estão, automaticamente, abrindo mão de alguns aspectos da sua qualidade de vida, sem sentir o quanto esse estilo de vida afeta sua saúde.

Vivenciar o esgotamento profissional é uma experiência global e intensa que afeta os fundamentos do trabalho, da competência profissional, das relações pessoais e do sentido da atividade. O efeito do esgotamento influencia na motivação e nas atitudes dos professores, reduzindo a capacidade de se relacionar e desenvolver as atividades com os alunos (MARCHESI, 2008). De fato, não há qualidade de vida no trabalho se as condições e o ambiente de trabalho não permitirem viver um nível suportável de estresse, preferencialmente que o trabalhador consiga atingir o *eustresse* (estresse positivo) e não o *distresse*, que é uma tensão nociva e que pode gerar os distúrbios psicossomáticos (RODRIGUES, 1992; ARELLANO & LIMONGI-FRANÇA, 2002).

Assim, o trabalho do professor não é uma atividade livre de estresse, visto a alta exigibilidade de energia e comprometimento com o que se desempenha. Desse modo, o cuidado com a saúde deve ser constante para que o professor consiga estabelecer um estilo de vida que oportunize uma boa qualidade de vida no trabalho, evitando o adoecimento.

Aspecto de relações sociais



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Envolve as relações pessoais, família, grupos e suporte (apoio) social no trabalho. Diante do questionamento sobre como os professores percebem o suporte social no trabalho, dois participantes evidenciaram respostas semelhantes:

“[...] nós todos, aqui, somos ilhas, mudou muito o ambiente, quando eu entrei era bem diferente,[...] eu acho que houve um pouco de desilusão com o trabalho. As pessoas estão ficando muito egoístas e muito interessadas em ter vantagens próprias, [...] não existe mais essa proximidade e até isso afeta o trabalho porque poderia ter muito mais atividades interdisciplinares, eu nem sei o que meu colega está fazendo porque ele não me conta. Ninguém mais se conversa, isso aconteceu, aqui, nos últimos dez anos” (A).

“Quer dizer a universidade tem muito pouca atividade de relacionamento, a gente não conhece ninguém, isso aqui ó (crachá), eu sou um dos poucos que usa aqui, isso aqui era o que todo mundo teria que tá usando, não usam que às vezes eu chego ali e não sei nem que é o servidor, não sabem, ninguém sabe quem é quem, ninguém se conhece” (B).

Com relação à falta de suporte social no trabalho apontada pela fala dos professores, convém observar que as dificuldades encontradas geralmente acontecem nas relações sociais entre os colegas de trabalho, em função da competitividade entre professores (MARCHESI, 2008).

Além disso, uma professora que trabalha em pós-graduação explicita, em sua fala, a urgência de uma gestão de qualidade que orientasse algumas ações nos departamentos da Instituição de Ensino Superior:

“[...]se a gente tivesse uma gestão de qualidade na administração, que pudesse organizar melhor, porque quando tu não está organizado, tu não sabe como as coisas funcionam de fato”(G).

Nessa concepção, o homem traz uma nova ética e diferentes valores ao ambiente de trabalho, portanto, se ocorrem mudanças nas expectativas e nas necessidades das pessoas, as práticas gerenciais, igualmente, precisam modificar-se para que se obtenham melhores resultados. Isso não significa só produzir mais e melhor, mas, principalmente, ter um gerenciamento efetivo e participativo que permita uma comunicação eficiente, que desenvolva pessoas no sentido completo e que simbolize atitude de apoio (ARELLANO & LIMONGI-FRANÇA, 2002).



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Entretanto, alguns professores valorizam o suporte social entre os colegas de trabalho e esse fator é considerado como muito importante:

“eu acho que um bom relacionamento com os colegas é fundamental [...]a recepção dos colegas, o clima de amizade nesse departamento[...] é legal porque esses novos que entraram, entraram no mesmo contexto que eu, a gente tem uma proximidade boa” (C).

O participante (C), possui uma característica que o difere dos demais. Possui menos de dois anos na Instituição, estando na fase de iniciação da docência. Esta fase, segundo MARCHESI (2008), é quando os professores recém-chegados possuem a ilusão da sua atividade e são motivados para o aprendizado, trocando experiências com colegas de trabalho na busca de possibilidades de ensinar. Nota-se também, pela fala desse professor, uma maior identificação com os colegas que ingressaram no mesmo período que ele, demonstrando, assim, o quanto o suporte social foi positivo nesse momento.

Outros três participantes, que já possuem um período longo de docência, discorrem sobre a necessidade dos professores, colegas de departamento, desenvolverem o diálogo para discutir diferentes percepções, devido também ao tempo de serviço na instituição:

“uma habilidade que a gente tem que ter é a capacidade de ouvir, a capacidade de interagir num modo aceitável né, que não nem sempre é fácil no departamento, difícil conseguir isso, e acho também que a relação entre quem está mais tempo e quem está entrando também é importante no diálogo, porque são visões um pouco diferentes, e eu acho que isso é uma habilidade essa capacidade de relacionar, essas diferenças é importante” (J).

“eu acho que sim, nós temos os momentos de tensão e os momentos de confraternização, todos os momentos de tensão, eu nunca pessoalizei né, acho que fazem parte do cotidiano do trabalho. [...] você vai viver vinte e cinco, trinta anos com um colega, [...] os problemas familiare,s às vezes, vêm, acabam sendo expostos pela gente, pela confiança que tem no colega, de forma recíproca”(F).

“ah, eu gosto do meu trabalho, da universidade, da união das pessoas, agregar pensamentos diferentes e as possibilidades, [...] eu já entro preparado para contrariar e ser contrariado, mas tudo no principio de discussão de idéias”(I).



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Diante do que eles percebem, o suporte social é importante que esteja presente no ambiente de trabalho, pois é através dos relacionamentos constituídos que as pessoas conseguem superar as suas dificuldades e alcançar os seus objetivos e da organização.

Notou-se, no momento das entrevistas, que existe uma queixa, um desconforto entre colegas, em função de problemas de comunicação entre pessoas com muito tempo de trabalho na instituição e pessoas que recentemente ingressaram no mesmo departamento. Porém, os três professores relatam que tentam não pessoalizar os conflitos, quando eles aparecem.

Dessa forma, a percepção de suporte social está relacionada a aspectos sociais presentes na organização e que influenciam os afetos no trabalho e fatores relacionados ao bem-estar, diminuindo assim os eventos estressores do cotidiano. Com isso, tanto o suporte de colegas de trabalho, quanto do chefe, podem influenciar nas emoções vivenciadas no dia a dia do trabalho, sendo que o apoio da chefia sempre se faz importante para que o trabalhador consiga desenvolver seus potenciais e também suas experiências de realização pessoal (PASCHOAL, TORRES & PORTO, 2010).

Sendo assim, para que exista o trabalho em equipe, a confiança e a colaboração no ambiente institucional, o professor precisa acreditar que o seu trabalho vale o seu esforço e isso levará a uma atitude de cooperação com os colegas e o envolvimento em tarefas comuns (MARCHESI, 2008).

No entanto, a Instituição deve, no relacionamento com os funcionários, também manter-se comprometida em gerar condições dignas de trabalho, proporcionando diálogo e tratamento justo. Enfim, apresentar medidas que propiciem qualidade de vida no trabalho.

CONCLUSÃO

Após a realização do trabalho pode-se compreender alguns aspectos sobre a QVT dos professores que puderam ser relacionados com as condições de seu trabalho. Um deles foi o suporte social nos departamentos, entre colegas e chefe. Um fator importante a ser mencionado, que surgiu em diversas entrevistas, foi o individualismo em relação ao trabalho e a competição entre colegas acerca da produtividade de professores em termos de pontuação com pesquisas. No aspecto psicológico no trabalho, os participantes expõem que se sentem bem e que gostam daquilo que fazem. Todos eles falam sobre questões



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

gratificantes na profissão docente, como o contato com os alunos, a troca de conhecimentos que ocorre na sala de aula e o fato de trabalhar na Instituição. Ainda pode-se perceber que o sentimento de gostar do que faz é tomado por eles como se o trabalho estivesse em primeiro lugar em suas vidas. Nesse sentido, pode-se inferir que os aspectos relacionados a QVT, citados nesse estudo, ainda representam um fator que deve ser melhor trabalhado com os professores, pois não são sentidos por eles como prioridade em suas vidas.

Ao se tratar do aspecto físico, foi possível verificar que, em função dos estudos, e por vezes da própria escolha, a atividade física é deixada de lado e isso acaba por influenciar em desenvolvimento de quadros de dor e doenças. Em relação à percepção dos professores ao aspecto físico do ambiente de trabalho, pode-se considerar que os professores que trabalham na área mais nova da Universidade relatam estar satisfeitos com aspectos do local, pois informam ter materiais e salas que facilitam o desenvolvimento do trabalho. Porém, a maior parte dos entrevistados, que trabalha nos prédios mais antigos, entende que não possui local adequado de trabalho, pois não há espaço suficiente para atender alunos ou até mesmo para fazer reuniões. Ainda em relação aos recursos financeiros, os professores relatam que não entendem o salário como motivador, pois, de acordo com as suas falas, o que influencia muito são as gratificações que recebem e que são responsáveis pelo aumento considerável em sua remuneração.

Por fim, cabe refletir sobre os vários aspectos que englobam a qualidade de vida no trabalho, sobretudo, no contexto da educação de ensino superior, pois há a necessidade de conscientização dos profissionais sobre o cuidado que devem ter com a sua vida e a sua saúde, assim como proporcionar um melhor ambiente de trabalho.

REFERÊNCIAS

- ARELLANO, E. B. (2004). Qualidade de vida no trabalho e os programas premiados – uma pesquisa exploratória. In: SAMPAIO, J. dos R. (org). *Qualidade de vida no trabalho e Psicologia Social*. 2 ed. rev. ampl. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- BARDIN, L. (2004). *Análise de conteúdo*. Lisboa, Portugal: Edições 70.



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

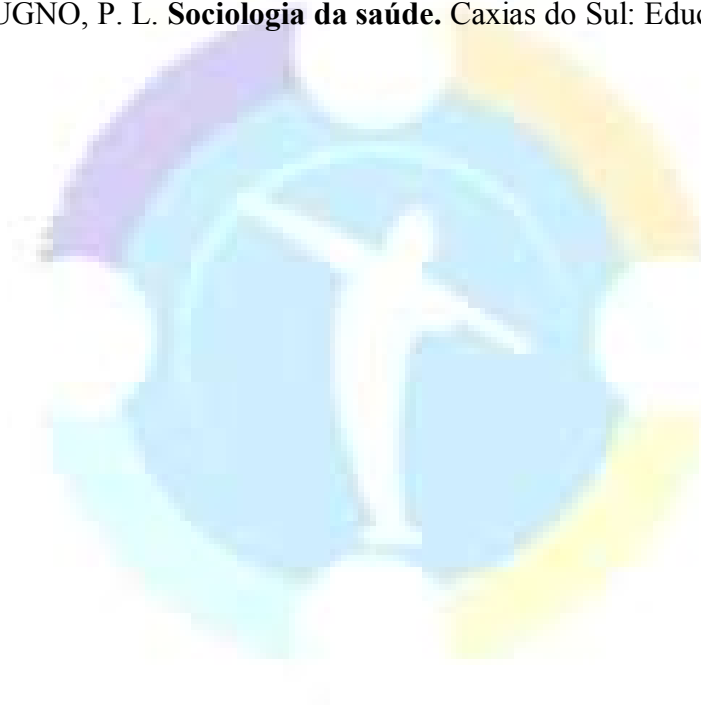
- BRASIL. (1996). *Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes e Normas Regulamentadoras sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Resolução 196.1996.* Brasília: CNS.
- CHIAVENATO, I. **Gestão de Pessoas:** o novo papel dos recursos humanos nas organizações. 3ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008.
- CODO, W. (1999). (coordenador). *Educação: carinho e trabalho.* Petrópolis, RJ: Vozes.
- CUNHA, M. I. (1989). *O bom professor e sua prática.* 10 ed. Campinas: Papirus.
- FERNANDES, E. C. (1996). *Qualidade de vida no trabalho: como medir para melhorar.* Salvador, BA: Casa da Qualidade.
- FLECK M. P.A.; LOUZADA, S.; XAVIER, M.; CHACHAMOVICH, E.; VIEIRA, G.; SANTOS, L. & PINZON, V. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida “WHOQOL-bref” *Rev. Saúde Pública*, 34 (2), 178-83.
- JESUS, S. N. (2007). *Professor sem stress: realização profissional e bem estar docente.* Porto Alegre: Mediação.
- LIMONGI-FRANÇA, A. C. **Promoção de saúde e qualidade de vida no trabalho:** o desafio da gestão integrada. In: ROSSI, Ana Maria; QUICK, James C.; PERREWÉ, Pamela L.(orgs.). *Stress e Qualidade de vida no trabalho: o positivo e o negativo.* São Paulo: Atlas, 2009, p 256- 276
- LIMONGI-FRANÇA, A. C.; ARELLANO, E. B. **Qualidade de vida no trabalho.** In: FLEURY, M. T. L. (org). *As pessoas na organização.* São Paulo: Editora Gente, 2002.
- MARCHESI, A. **O bem-estar dos professores: competências, emoções e valores.** Tradução Naila Tosca de Freitas. Porto Alegre: Artmed, 2008.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. DIVISÃO DE SAÚDE MENTAL GRUPO WHOQOL, 1998 Disponível em: <http://www.ufrgs.br/psiq/whoqol.html> Acesso em: 29 out 2011.
- PASCHOAL, T.; TORRES, C. V.; PORTO, J. B.. **Felicidade no trabalho: relações com suporte organizacional e suporte social.** Revista de Administração Contemporânea. Curitiba, v.14, n.6, dez, 2010.
- RODRIGUES, Arvelino L. **Estresse e trabalho: aumenta a preocupação com o desgaste do trabalhador.** Revista Proteção. Novo Hamburgo, n.17, jun-jul, 1992.



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

- SIQUEIRA, M.M.M.; JUNIOR, S. G. **Vínculos do indivíduo com a organização e com o trabalho.** In: ZANELLI, J. C; BORGES-ANDRADE, J. E.; BASTOS, A. V. B. L.(orgs.) Psicologia, organizações e trabalho. Porto Alegre: Artmed, 2004, p 300-328.
- SIMÕES, J. M.; SILVA, R. de F. C. da. **Qualidade de vida no trabalho: um estudo em organizações do setor terciário no município de Rio Grande – RS.** XXII Encontro Nacional de Engenharia de Produção - ENEGEP. Curitiba – PR, 23 a 25 de outubro de 2002.
- WALTON, R. E. **Quality of working life: what is it?** Sloan Management Review (pre-1986) Fall 1973, 15, 1; ABI/INFORM Global, p.11-21.
- ZANCHI, M. T.; ZUGNO, P. L. **Sociologia da saúde.** Caxias do Sul: Educ, 2008.





III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

A Unidade de Terapia Intensiva adulto e a depressão nos pacientes: sintomas e/ou transtorno depressivo.

Joyce de Abreu Martin Santos ¹

Maria Helena Soares Souza Marques Dias ²

Camila dos Santos Gonçalves ¹

¹ Centro Universitário Franciscano (UNIFRA)

² Instituto de Psicologia Aplicada e Formação do Rio Grande do Sul

RESUMO

O presente estudo tem por finalidade conhecer a realidade que cerca o sujeito diante da hospitalização em Unidade de Terapia Intensiva – Adulto (UTI-A), dentro disso, descrever a psicopatologia depressão e esclarecer o papel do psicólogo intensivista e sua importância de atuação em uma UTI. Para alcançar os objetivos propostos foi realizada uma pesquisa bibliográfica. Os resultados apontaram que diante de uma internação em UTI-A o sujeito torna-se ‘paciente’ a partir de seu diagnóstico e é afastado do convívio familiar e social, deparando-se com a rotina hospitalar. Além disso, há a hipótese de muitas perdas, tanto a nível corporal quanto emocional e social, o paciente fragiliza-se e sentimentos como esperança e medo se confrontam, oportunizando terreno propício para sintomas depressivos, bem como para a própria depressão. Perante este quadro entende-se que devido as condições do adoecimento e da internação hospitalar a presença e o trabalho do psicólogo junto ao paciente revelou-se de suma importância.

Palavras-chave: Paciente; Hospitalização; UTI-A; Depressão.

INTRODUÇÃO

O ser humano é visto como um ser biopsicossocial, formado pelo seu organismo fisiológico, psicológico e emocional, e influenciado pelo ambiente externo com as circunstâncias do dia-a-dia e as complicações naturais e sociais. Entretanto quando adoece



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

já ocorrem mudanças em sua vida; sendo hospitalizado, fica impossibilitado de agir conforme seu desejo, sua rotina é totalmente alterada, e quando é submetido à internação em uma Unidade de Terapia Intensiva – Adulto (UTI - A) defronta-se com um ambiente totalmente desconhecido e diferente, suas roupas e seus pertences lhes são retirados; enfermeiros e médicos realizam os primeiros procedimentos, e para piorar a situação do paciente sua família não permanece mais ao seu lado. Diante disso, o indivíduo torna-se mais vulnerável emocionalmente, aumentando as possibilidades de entrar em um quadro depressivo, sendo de extrema importância a figura do psicólogo nesta unidade, juntamente com os pacientes; segundo Papalia (2006) e Andrade (2007).

A escolha do tema do trabalho partiu da necessidade de se compreender as reações emocionais do indivíduo frente ao adoecimento e a internação na UTI-A, mais especificamente os sintomas depressivos, na medida em que há o interesse sobre a junção destes assuntos e urge uma maior contribuição por parte da psicologia; também se justifica pela importância de se conhecer o papel do psicólogo intensivista. Portanto, este estudo tem por finalidade buscar conhecimentos teóricos, sobre o aspecto do adoecer e esclarecer o papel do psicólogo intensivista e sua importância de atuação em uma UTI-A.

REFERENCIAL TEÓRICO

Segundo Papalia (2006), os seres humanos estão sendo foco de estudo dos cientistas há mais de um século. Os cientistas do desenvolvimento dividem o desenvolvimento humano em físico, cognitivo e psicossocial; o qual recebe influências normativas – são aquelas em que são experimentadas pela maioria das pessoas em um grupo, ou não-normativas – são eventos incomuns que ocorrem acarretando grande impacto na vida do indivíduo.

Cada período do tempo de vida é influenciado pelo que aconteceu antes e irá afetar o que está por vir. Cada período tem suas próprias características e um valor sem igual; nenhum é mais ou menos importante do que qualquer outro. (PAPALIA, 2006, p.48,49)

Conforme Caminha (2003) o surgimento de uma doença física sempre acarretará um impacto emocional no indivíduo, pois ao ser hospitalizado este encontra um ambiente totalmente diferente da sua casa, seu ambiente de segurança. Sua vida é interrompida, seja por longo ou curto prazo, vivenciando expectativas e medos frente ao desconhecido,



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

acarretando mudanças física, afetiva e social. Toda hospitalização marca a história de vida das pessoas, sendo definida cronológica e emocionalmente. Para Baptista (2003) o ser humano, quando adoece, perde ou deixa de ocupar sua função frente à sociedade, sendo impedido de realizar diversas funções; referindo-se ao adoecer e ao processo de hospitalização aponta que estes influenciam transformações no ser humano, deixando-o emocionalmente vulnerável, ainda mais se esta internação ocorrer em uma UTI-A.

A UTI-A, conforme Baptista (2003) é uma área do hospital na qual se diferencia das outras unidades pela sua especificidade em tratamento intensivo para pacientes que se encontram em estado crítico, utilizando equipamentos específicos, recursos materiais e tecnológicos para melhor atender o paciente. Esta unidade recebe pacientes clínicos, pré e/ou pós-cirúrgicos, terminais e em estado grave com possibilidade de recuperação; podendo apresentar diversos e/ou diferentes diagnósticos, mas todos necessitam de cuidados especiais.

No processo de internação na unidade já se percebe sua rotina, de acordo com Oliveira (2002) a primeira ação normalmente é a “perda” das roupas, caso este procedimento já não tenha sido feito em outra unidade do hospital, esse procedimento de admissão remete a outras perdas, como a da saúde e a de ‘direitos’. Outros processos são desempenhados, como a coleta de dados a respeito da doença, verificação do estado clínico do paciente, também são guardados os pertences pessoais, colocam as roupas da unidade no paciente, o põem em um leito que já foi escolhido para ele ficar, e é feito um aparato de higiene - banho e desinfecção.

A área física da UTI-A é composta por um salão que concentra leitos um ao lado do outro, separado por pequenas divisórias, conforme descreve Baptista (2003) esta organização serve para que a equipe possa visualizar todos pacientes para possíveis urgências. Contudo esta disposição dos leitos possibilita que o paciente enxergue procedimentos que são realizados em outros, inclusive podendo acompanhar emergências e óbitos, acarretando sentimentos negativos no paciente. Além deste grande salão, a UTI-A é composta por um almoxarifado com equipamentos (seringas, cânulas, agulhas, esparadrapo, entre outros), e uma pequena farmácia que é abastecida diariamente, com medicamentos tanto para uso recorrente como para emergências.

De acordo com Oliveira (2002) o tempo nesta unidade torna-se uma incerteza, e, às vezes, não existe nem mesmo relógio para nortear os pacientes. Os ruídos dos aparelhos



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

utilizados são intensos e irreconhecíveis pelo senso comum; as janelas são fechadas e a luz é artificial; a temperatura é constante, mantida por ar condicionado; no ar, odor de remédio ou desinfetante. E os procedimentos, em sua maioria, são invasivos conforme Andrade (2007).

Mesmo a UTI sendo um local que favorece as possibilidades de recuperação orgânica, gera toda uma gama de situações, “as quais atuam como desestabilizadores do equilíbrio psicológico e emocional, incluindo alterações psicológicas e psiquiátricas que também são desencadeadas por situações ambientais” (ANDRADE, 2007, p.5).

Mendes (2007) relata que sempre que é mencionado que o paciente vai para UTI, o nível de ansiedade do paciente e dos familiares se eleva expressivamente, devido à conotação que esta unidade carrega, sendo a principal que o paciente está indo para morrer ou que foi adiar a morte. Somada a uma internação inesperada, o paciente defronta-se com uma vivência de esperança e riscos, conforme Marques Dias (2006) sendo assim, um grande paradoxo, pois há grande tecnologia a favor, contudo isolamento do convívio com a família e empobrecimento dos laços afetivos.

O paciente quando é internado em uma UTI - A, além de apresentar um quadro clínico grave, está submetido a situações que podem desencadear medo da morte, angústia, ansiedade, dor, sofrimento e solidão, segundo Lucchesi (2008). Em termos psíquicos e emocionais, Andrade (2007) considera que sentimentos extremos como o medo insuportável, manifestações ansiógenas como a agitação psicomotora, ou a grave depressão, manifestam-se no paciente, sendo estas sensações de importante significado, pois podem produzir mudanças fisiológicas, piorando o quadro do paciente. O clima da UTI, por características bastante específicas, exacerba sensações e sentimentos de desvinculação, ressentimento e desamparo.

Internado em uma unidade intensiva, o doente torna-se um paciente, resignado aos cuidados médicos, de acordo com Oliveira (2002), perde sua identidade, transforma-se em um número, em um caso clínico, em um diagnóstico, deixa de ser responsável por si próprio, sua doença e vida, torna-se vulnerável, submisso e dependente do médico e da equipe da unidade. Andrade (2007) relata que os pacientes experimentam estressores como o medo real da morte, a forçada dependência, as potenciais e permanentes perdas de função; na tentativa em enfrentar o estresse causado pela UTI os pacientes reagem de várias formas.



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Conforme Baptista (2003) o paciente é submetido a um contexto bem complexo, pois o espaço físico é limitado, as roupas e objetos são impessoais, há imposição de horários, ausência da família ao redor, presença de muitos equipamentos com sons e ruídos específicos; limites pessoais, imagem corporal distorcida, sentimento de impotência e de solidão e falta de privacidade; limitação das atividades físicas e sociais, afastamento físico prolongado de pessoas significativas afetivamente, medo e insegurança diante dos procedimentos de intervenção, acrescentado a rotina hospitalar que é imposta, ter de sentir dor e não conseguir dormir.

Sebastiani (2008) e Chiattoni (2000) pontuam que sensações de estar amarrado, limitação por intubação, o ser incomodado para receber medicações muitas vezes de hora em hora, bem como, a perda da noção temporo-espacial e sentimentos negativos como medo e ansiedade levam a uma despersonalização do paciente. Oliveira (2002) complementa afirmando que muitos pacientes tornam-se impotentes, incapazes de efetuar uma ação para aliviar sua dor, sede, fome, impossibilitados de andar, mover-se na cama, falar e até mesmo respirar.

Conforme Lucchesi (2008) quando o indivíduo adoece e é internado em uma UTI incide a ruptura ou o afastamento dos vínculos afetivos de familiares e amigos, podendo desencadear no paciente humor ansioso ou depressivo; medo de perder a capacidade de trabalhar, cancelamento ou suspensão de projetos pessoais, dependência e medo da morte.

Alguns sintomas como ansiedade exacerbada, agitação psicomotora, ilusão, alucinação, até a depressão acentuada são reações emocionais do paciente à doença, e que dependem da severidade da patologia, do impacto também do tratamento e da hospitalização, e na qualidade do ‘Estar na UTI’ (ALAPSA, 2009, p.5).

Percebendo o homem como um ser total, ou seja, biopsicossocial e espiritual, todos os fatores estressantes que compõem um ambiente hospitalar, ainda mais uma unidade intensiva, irão afetar os pacientes inseridos nesse âmbito, assim como os familiares que o acompanham, ressalta Andrade (2007) enfatizando três consequências. A ansiedade que pode, até certo ponto, favorecer o desempenho e a adaptação, contudo pode contribuir para a falência da capacidade adaptativa, causando um esgotamento emocional. O delírio ao qual se manifesta através da desorientação, prejuízo de memória em curto prazo, distúrbios de atenção e concentração, alucinações, fala e pensamento desorganizados. E a depressão,



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

que geralmente é caracterizada pelo abatimento do humor, interesse diminuído, agitação ou lentificação psicomotora, fadiga e perda de energia, sentimentos de menos valia ou culpa, diminuição da capacidade de pensar e de se concentrar, pensamento recorrente de morte, queda ou aumento do apetite, alterações de sono, irritabilidade, torpor afetivo e a perda de interesse e desempenhos sexuais.

Segundo Gonçalves (2007) em 2001 a Organização Mundial de Saúde (OMS) publicou dados colocando a depressão em quarto lugar entre as principais causas de ônus entre todas as doenças, e as perspectivas eram ainda mais sombrias, se continuasse no mesmo ritmo, até 2020 estaria em segundo lugar, em todo o mundo, somente a doença isquêmica cardíaca a extrapolaria. Entretanto, em 2009 a OMS divulgou dados, apontando que a depressão deverá ser a doença mais comum do mundo, nos próximos vinte anos, afetando mais pessoas do que qualquer outro problema de saúde, incluindo câncer e doenças cardíacas. De acordo com a OMS, a depressão será a doença que mais suscitará custos econômicos e sociais para os governos, devido aos gastos com tratamento para a população e às perdas de produção.

O processo diagnóstico tem evoluído ao longo dos anos e das últimas décadas, devido ao diagnóstico multiaxial, que permite considerar uma série de aspectos na formulação diagnóstica a fim de estabelecer estratégias de tratamento e estimar o prognóstico das doenças mentais em curto, médio e longo prazo, de acordo com Moreno (2006). Este diagnóstico é formulado por cinco grandes eixos, conforme, Matos (2005) que são: Eixo I – descreve os transtornos clínicos propriamente ditos. Eixo II – descreve o retardo mental e transtornos de personalidade. Eixo III – descreve as condições médicas gerais. Eixo IV – trata dos problemas psicossociais e ambientais. Eixo V – constitui-se por uma escala de avaliação global de funcionamento (AGF). O uso do sistema multiaxial, de acordo com DSM-IV-TR (2003) facilita uma avaliação abrangente e sistemática, contemplando passo a passo, como citado acima, sendo de suma importância, pois, oferece um formato conveniente para organizar e comunicar informações clínicas, e para diferenciar nos indivíduos que são portadores do mesmo diagnóstico.

De acordo com o DSM-IV-TR a depressão está classificada nos transtornos do humor, abaixo os critérios diagnósticos:

296.xx Transtorno Depressivo Maior

A. No mínimo cinco dos seguintes sintomas estiveram presentes durante o mesmo período de 2 semanas e representam uma alteração a partir do



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

funcionamento anterior, pelo menos um dos sintomas é (1) humor deprimido ou (2) perda do interesse ou prazer.

(1) humor deprimido na maior parte do dia, quase todos os dias indicado por relato subjetivo (p. ex., sente-se triste ou vazio) ou observação feita por terceiros (p. ex., chora muito). Nota: Em crianças e adolescentes, pode ser humor irritável.

(2) acentuada diminuição do interesse ou prazer em todas ou quase todas as atividades na maior parte do dia, quase todos os dias (indicado por relato subjetivo ou observação feita por terceiros)

(3) perda ou ganho significativo de peso sem estar em dieta (p.ex., mais de 5% do peso corporal em 1 mês), ou diminuição ou aumento do apetite quase todos os dias. Nota: Em crianças, considerar incapacidade de apresentar os ganhos de peso esperados.

(4) insônia ou hipersonia quase todos os dias

(5) agitação ou retardo psicomotor quase todos os dias (observáveis por outros, não meramente sensações subjetivas de inquietação ou de estar mais lento)

(6) fadiga ou perda de energia quase todos os dias.

(7) sentimento de inutilidade ou culpa excessiva ou inadequada (que pode ser delirante), quase todos os dias (não meramente auto-recriminação ou culpa por estar doente)

(8) capacidade diminuída de pensar ou concentrar-se, ou indecisão, quase todos os dias (por relato subjetivo ou observação feita por outros).

(9) pensamentos de morte recorrentes (não apenas medo de morrer), ideação suicida recorrente sem um plano específico, tentativa de suicídio ou plano específico para cometer suicídio

B. Os sintomas não satisfazem os critérios para um Episódio Misto (p. 362).

C. Os sintomas causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.

D. Os sintomas não se devem aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (p. ex., droga de abuso ou medicamento) ou de uma condição médica geral (p. ex., hipotireoidismo).

E. Os sintomas não são mais bem explicados por Luto, ou seja, após a perda de um ente querido, os sintomas persistem por mais de 2 meses ou são caracterizados por acentuado prejuízo funcional, preocupação mórbida com desvalia, ideação suicida, sintomas psicóticos ou retardo psicomotor. (DSM-IV-TR, 2003, p. 161-3)

Conforme Moreno (2006) o termo “depressão” pode ser usado tanto no sentido comum – indicando um estado de humor alterado – quanto para designar um sintoma ou uma síndrome. Nesta perspectiva, o autor considera que como sintoma a depressão pode aparecer em quadros clínicos psiquiátricos (demências, esquizofrenia e alcoolismo, por exemplo) e não psiquiátricos (tais como hipotireoidismo, tumores cerebrais e infecções); ainda pode manifestar-se como resposta a circunstâncias estressantes ou situações sociais e econômicas adversas. Como síndrome, a depressão inclui não apenas alterações do humor, mas também uma gama de outros sinais e sintomas, como alterações cognitivas, psicomotoras e vegetativas.



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Lucci (2006) revisando os estudos de Vygotsky relata que o homem é um ser histórico-cultural, que o indivíduo é determinado nas interações sociais, e que a atividade mental é exclusivamente humana. Quintino-Aires (2006) expressa que,

a concepção do indivíduo como um ser ativo, social e histórico são premissas básicas para entender o ser humano e sua capacidade de perceber e interagir com o mundo e com a realidade que o cerca, compreendendo, portanto, o ser humano e a sua construção de sentidos. (Quintino-Aires, 2006, p.2).

Widocher apud Leite (2009) enfatiza a complexidade do fenômeno da depressão e das distintas lógicas que têm sido empregadas na sua compreensão, seu diagnóstico e tratamento. Para ele, a posição dualista entre a organogênese e psicogênese na clínica da depressão ainda se encontra intensamente enraizada na prática clínica, cuja tendência atual é o reducionismo, ou seja, conceber a depressão em seus mecanismos biológicos, adotando os fatores psicológicos por acontecimentos acidentais, sem valor desencadeante ou, no sentido inverso, a negação do fator biológico, em que se atribui uma coerência lógica entre o estado do humor do doente e as circunstâncias de sua existência. Tal questão é reforçada pela necessidade de inserir a depressão em um modelo causal que revela, também, o permanente debate das relações entre o pensamento e o corpo. A posição dualista e o debate entre organogênese e psicogênese testemunham uma mesma dificuldade em aceitar a ideia de que a ação humana depende igualmente do funcionamento cerebral e do intercâmbio de informação com o mundo.

Da mesma forma, Gabbard (1998) afirma que fatores ambientais e psicológicos podem ter um papel-chave no fenômeno da depressão. Neste mesmo sentido, Monteiro (2007) acrescenta que o ser humano não aguenta por muito tempo o contato com a dura realidade, e um dos recursos à sua disposição para se proteger desse contato tão frustrante e ameaçador é a depressão.

A sintomatologia ansiosa e depressiva é muito assídua nos doentes com patologia médica, podendo induzir a uma redução da qualidade de vida e intervir na evolução clínica, de acordo com Telles - Correia (2009). Os modelos, segundo este autor, que relaciona a ansiedade e depressão com a doença médica situam-se entre duas tipologias: biológica (fatores médicos influenciam a relação doença física e ansiedade/depressão) e comportamental (ansiedade e depressão influenciam a doença médica por intermédio de fatores comportamentais).



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Segundo a Associação de Medicina Intensiva Brasileira – AMIB apud Silva (2007) a inserção da psicologia em cada aspecto de uma UTI é fundamental para a humanização no atendimento ao paciente crítico, este possuidor de direitos como ser humano e cidadão.

Estar diretamente voltado para o paciente, para o doente, é o que caracteriza o psicólogo hospitalar, de acordo com Nunes (2003). O profissional de saúde age na adequação do paciente às condições de vida hospitalar, buscando a recuperação do paciente, sua reintegração segura ao ambiente familiar e social em geral; atua dentro das limitações do ambiente hospitalar, tendo de adaptar técnicas para essa realidade; focaliza sua intervenção no momento pelo qual o paciente atravessa: doença, hospitalização, consequências e significados para esse indivíduo, visando ajudá-lo a lidar melhor com suas emoções intensificadas pelo período de crise; atua na reintegração social do paciente, ou prepara-o para lidar com a morte.

Contudo, referindo-se a UTI é importante ressaltar, segundo Andrade (2007), que a inserção do psicólogo unido à equipe intensivista tende exatamente somar o saber e o fazer aos demais cuidados para que se possa promover um amplo suporte à vida do paciente numa dimensão biopsicossocial.

A pessoa que está internada recebe total atendimento para que seu quadro seja revertido, a preocupação da equipe de saúde nesse momento é garantir a vida. Mas a tarefa do psicólogo, na UTI, é significativa porque este faz um preparo para que as limitações advindas da doença não tragam à pessoa sentimentos de inutilidade para si e para o mundo, de acordo com Rodrigues (2006).

Para Milane apud Andrade (2007) o cuidado psicológico está achegado à eficácia do tratamento físico e deve ter prioridade, não precisando ser exclusivo de algumas classes sociais, mas um básico componente do tratamento, o qual todos carecem ter acesso. Deve ser designado para minimizar o estresse e o impacto das doenças e seu tratamento. Tem a necessidade de ser preventivo, e não somente como “pronto socorro”, fazendo parte de um processo, diante da internação do paciente, principalmente de uma UTI.

Para Quintino-Aires (2006) o indivíduo em contato com o outro (psicólogo) é apto de estabelecer sentido e resignificar o seu modo de pensar, sentir, agir e estar no mundo; sendo, portanto, o psicólogo, um mediador da relação eu-outro-realidade.

O psicólogo, como mediador, procurará prover esclarecimento das dúvidas do paciente, suavizando o sofrimento e oportunizando a este falar de si, da doença e da



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

família, de seus medos e fantasias perante a hospitalização, conforme Marque Dias (2006). Deverá trabalhar na edificação da confiança emocional e do aprendizado interpessoal; possibilitar um espaço de reflexão em conjunto, discutindo as experiências, prestando conhecimentos, abrandando o sofrimento e trabalhando com as limitações evidenciadas, permitindo o processo de relacionamento e crescimento pessoal de pacientes, familiares e equipe multiprofissional.

O psicólogo intensivista cumpre um papel de “cuidador das emoções” do paciente, família e equipe, visto ser a UTI um ambiente extremamente tenso e mobilizador de sentimentos, conforme Mendes (2007). Demanda do profissional flexibilidade e serenidade para lidar com as mais distintas situações diante da morte e do morrer, tolerância à frustração, sensibilidade para entender o significado daquele momento na vida tanto do paciente como da família e muita disponibilidade em ajudar, especialmente nas situações mais críticas. Compreende-se, então, que o Psicólogo Hospitalar na UTI tem por finalidade maior promover a humanização do ambiente e das relações, bem como minimizar o sofrimento do paciente e familiares diante da situação de doença, tratamento e internação em UTI, sempre atuando de forma integrada com os outros profissionais de saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pode-se perceber que o adoecer, a hospitalização e a internação em UTI-A são fatores influenciadores na vida dos pacientes, acarretando diversos sentimentos, como impotência, medo, angústia, ansiedade, esperança. Enquanto o paciente permanece internado perde o convívio com o seu meio de origem - família, estudo, emprego, o que proporciona maior sofrimento. São diversos os fatores e inúmeras as possibilidades do paciente apresentar sintomas e/ou o quadro depressivo, podendo ser o modo de enfrentamento ou uma resposta ao meio.

A execução deste trabalho mostrou-nos a relevância de se aprofundar estudos sobre a depressão e a internação na UTI-A bem como se evidenciou a importância da contribuição do psicólogo intensivista neste momento crítico da vida de um paciente, entretanto sugere-se novos estudos para aprimorar este tema tão importante e relevante, na medida em que se está consciente que não se esgotou este assunto e que em muito a psicologia pode contribuir para o processo saúde-doença na internação hospitalar.



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

REFERÊNCIAS

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION – **Referência rápida aos critérios diagnósticos do DSM-IV-TR**. Maria Cristina Ramos Gularte. 4 ed. rev. Porto Alegre: Artmed, 2003.
- ANDRADE, Olga Cecília Paes de Barros. **Os sentimentos de familiares de pacientes internados em UTI**. Trabalho apresentado no final do curso de psicologia hospitalar, do Centro de psicologia hospitalar e domiciliar do Nordeste. Recife, 2007.
- ASSOCIAÇÃO LATINOAMERICANA DE PSICOLOGIA DA SAÚDE. **A atuação do psicólogo hospitalar em unidade de terapia intensiva – Adultos**. [São Paulo]:ALAPSA, 2009.
- BAPTISTA, Makilim Nunes; DIAS, Rosana Righetto. **Psicologia hospitalar: teoria, aplicações e casos clínicos**. Rio de Janeiro: Guanabara, 2003.
- CAMINHA, Renato M. (Org.) et al. **Psicoterapias cognitivo-comportamentais: teoria e prática**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.
- CHIATTONE, H. B. C. **A Significação da Psicologia no Contexto Hospitalar**. In: ANGERAMI-CAMON, V. A. (org.). **Psicologia da Saúde: um Novo Significado Para a Prática Clínica**. São Paulo: Pioneira Psicologia, 2000, pp. 73-165.
- GABBARD, Glen O. **Psiquiatria psicodinâmica: baseado no DSM-IV**. Trad. Luciana N. A.; Maria Rita S. H. Porto Alegre: Artmed, 1998.
- GONÇALES, Cintia A. V.; MACHADO, Ana Lúcia. Depressão, o mal do século: de que século? **Rev. Enferm UERJ**. Rio de Janeiro, vol. 15, n.2, abr/jun, 2007.
- LEITE, Maria E., MOREIRA, Virgínia. A contribuição de Tellenbach e Tatossian para uma compreensão fenomenológica da depressão. **Arq. Bras. Psico.** v.61, n.3, 2009.
- LUCCHESI, Fátima; MACEDO, Paula Costa Mosca; MARCO, Mario Alfredo de. Saúde Mental na unidade de terapia intensiva. **Rev. SBPH**. Rio de Janeiro, v.11, n.1, jun, 2008.
- LUCCI, Marcos Antonio. **A proposta de Vygotsky: a psicologia sócio-histórica**. 2006. Tese (Doutorado em Psicologia da Educação). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo, 2006.



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

- MARQUES DIAS, Maria Helena Soares Souza. O familiar no projeto terapêutico da UTI – Adulto: uma visão sócio-histórica relacional dialógica. II SEMINÁRIO ESTADUAL DA POLÍTICA DE HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA A SAÚDE – PHAS. III ENCONTRO ESTADUAL DA POLÍTICA DE HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA A SAÚDE – PHAS. 2002. Rio Grande do Sul. Disponível em: ><http://esp.rs.gov.br/humanizasaude/img2/cdhumaniza.pdf><
- MATOS, Evandro G., MATOS, Thania M. G., MATOS, Gustavo M., G. A importância e as limitações do uso do DSM-IV na prática clínica. **Rev. Psiquiatr RS.** v.27, n.3, st/dez 2005.
- MENDES, Tatiane Nicolau. **Atendimento psicológico em UTI.** Fev, 2007.
- MONTEIRO, Kátia C., LAGE, Ana Maria V. Depressão – uma ‘psicopatologia’ classificada nos manuais de psiquiatria. **Psicol. Cienc. prof.** Brasília, v.27, n.1, mar., 2007.
- MORENO, Ricardo Alberto; GORENSTEIN, Clarice. **Depressão:** estado afetivo, sintoma, síndrome. São Paulo, 2006. Disponível em: >www.segmentofarma.com.br<
- NUNES, Luciane C.; GIÓIA-MARTINS, Dinorah F. O psicólogo hospitalar na visão do paciente hospitalizado: um estudo das representações sociais. **Boletim de Iniciação Científica em Psicologia.** 2003.
- OLIVEIRA, Eliane Caldas do Nascimento. O psicólogo na UTI: reflexões sobre a saúde, vida e morte nossa de cada dia. **Psicol. cienc. prof.,** Brasília, v.22, n.2, jun, 2002.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Depressão será a doença mais comum do mundo em 2030. Brasil, setem, 2009. Disponível em: >www.uai.com.br/.../2009/.../em_noticias_interna.shtml<
- PAPALIA, Diane E; OLDS, Sally Wendkos; FELDMAN, Ruth Duskin. **Desenvolvimento Humano.** 8ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.
- QUINTINO-AIRES, Joaquim Maria; MARANGONI, Simone. A psicologia sócio-histórica na formação de psicoterapeutas. **Psicol. Am. Lat.** México, n.6, maio 2006.
- RODRIGUES, Kátia R.B. **A atuação do psicólogo hospitalar na unidade de terapia intensiva.** Relatório (estágio supervisionado em Psicologia da Saúde e Hospitalar) Hospital Presbiteriano Dr. Gordon de Rio Verde, 2006. Rio Verde, GO, 2006.
- SEBASTIANI, R. W. **Psicologia da Saúde no Brasil: 50 Anos de História.** 2003. Disponível em: > www.nemeton.com.br< . Acesso em 10 nov. 2008.



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

SILVA, Rosanna Rita. Psicologia e unidade de terapia intensiva. **Rev. Salus-Guarapuava-PR.** Jan/jun, 2007.

TELLES-CORREIA, Diogo; BARBOSA, Antônio. Ansiedade e depressão em medicina. Modelos teóricos e avaliação. **Acta Med Port.** Lisboa, n.22, 2009.





III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

A velhice em cena: sociodrama e envelhecimento

Anelise Wink Ludwig ¹

Evandir Bueno Barasuol ¹

Rita de Cassia Maciazeki Gomes ¹

¹ Sociedade Educacional Três de Maio (SETREM)

RESUMO

Envelhecer compõe o processo contínuo do viver e faz parte do ciclo vital comum a todo ser humano. É o momento em que se faz um balanço entre as perdas e as limitações, assim como também significa momento de abertura para novas possibilidades existenciais. Arelado a este processo de envelhecimento estão às lembranças e recordações do passado, as memórias dos momentos vividos. Sendo assim o presente trabalho teve como objetivo compreender o significado do processo de envelhecimento de um grupo de mulheres, com idades entre 83 à 98 anos, moradoras em instituição de longa permanência, localizada na ala de um hospital situado na região noroeste do estado do Rio Grande do Sul – Brasil. A metodologia utilizada envolveu encontros temáticos com enfoque na história de vida pessoal de cada participante utilizando-se jogos dramáticos dentro da teoria sociodramática de Jacob Levy Moreno (1978). Os momentos de encontro e descontração contribuíram e renovaram a alegria de viver e de envelhecer de maneira saudável minimizando perdas e aumentando a qualidade de vida. Deste modo o sociodrama contribuiu de maneira favorável para um novo fazer da psicologia com o olhar voltado a esta importante fase do desenvolvimento humano, atribuindo a velhice um novo significado. Pontua-se a importância de estudos em Psicologia e envelhecimento sob enfoque sociodramático, a fim de contribuir com desenvolvimento de pesquisas sobre esta temática.

Palavras-chave: Envelhecimento; Sociodrama; Memórias.

Envelhecimento



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Muito se tem discutido acerca do trabalho do Psicólogo nas diferentes áreas de atuação, principalmente na área da psicologia do envelhecimento. Envelhecer é a última fase do ciclo vital e compreende transformações físicas, biológicas e psíquicas. O principal aspecto psicológico do processo de envelhecer é avaliar os limites e perdas e proporcionar a vida novas maneiras de viver. Neri (2005), descreve o envelhecimento da seguinte maneira:

O envelhecimento é o processo de mudanças universais pautado geneticamente para a espécie e para cada indivíduo, que se traduz em diminuição da plasticidade comportamental, em aumento da vulnerabilidade, em acumulação de perdas evolutivas e no aumento da probabilidade de morte. O ritmo, a duração e os efeitos desse processo comportam diferenças individuais e de grupos etários, dependentes de eventos de natureza genético-biológica, sociohistórica e psicológica. (Neri, 2005, p.115)

Sendo o envelhecer uma fase da vida comum a todo ser humano, existe atualmente uma crescente mudança em hábitos relacionados à saúde para que esta se prolongue, com isso aumenta o número de idosos. Com o aumento de idosos no Brasil, surge também a preocupação em dar conta da demanda de atendimentos na saúde pública. Envelhecer implica também em adoecer com mais facilidade, é conviver em uma sociedade onde existem pessoas com idade avançada e com enfermidades próprias deste processo de envelhecimento.

O Brasil hoje é um "jovem país de cabelos brancos". A cada ano, 650 mil novos idosos são incorporados à população brasileira, a maior parte com doenças crônicas e alguns com limitações funcionais. Em menos de 40 anos, o Brasil passou de um cenário de mortalidade próprio de uma população jovem para um quadro de enfermidades complexas e onerosas, típica dos países longevos, caracterizado por doenças crônicas e múltiplas que perduram por anos, com exigência de cuidados constantes, medicação contínua e exames periódicos. (Veras, 2009, p.549)

Além da questão da saúde, do corpo, o biológico, existem também outras questões como baixo valor da aposentadoria, poucas atividades de lazer voltados a idosos, medo do ter que se adaptar a essa nova fase, de conseguir gerar a própria vida ou de ter que ser cuidado. E, mais do que a saúde física, é preciso pensar também na saúde psíquica nessa fase da vida. As transformações, as preocupações, as limitações, a maior incidência



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

de doenças, as perdas, a proximidade da finitude nessa fase afetam a saúde psicológica e conseqüentemente o corpo adoeece.

Para Simone de Beauvoir (1990), o envelhecer, “como todas as situações humanas tem uma dimensão existencial: modifica a relação do indivíduo com o tempo e, portanto, sua relação com o mundo e com sua própria história” (pág.15). Ao longo dos anos a pessoa vai adquirindo conhecimento e sabedoria e vai fazendo escolhas para a vida. São as escolhas que o ser humano faz que definem o envelhecer feliz ou infeliz.

Viver é estar a cada momento diante de encruzilhadas, elas definem nossa vida; mas as escolhas são sempre de nossa responsabilidade. Segundo Hillman (2001), precisamos perceber o que expressa a nossa natureza mais íntima, com que nos identificamos: com as estruturas da fisiologia e as limitações do corpo, ou com as estruturas da psicologia e do caráter, com suas possibilidades de contínua recriação? A escolha sempre será pessoal e única, com todas as suas conseqüências. (Monteiro, 2008, p. 55).

O envelhecer depende da maneira como cada ser humano conduziu sua vida, suas construções diárias, como se percebe diante dessa nova etapa e como encara o assunto finitude. As mudanças emocionais e as possíveis dificuldades adaptativas podem levar o ser humano a um envelhecer não tão bom quanto ele gostaria que fosse. É preciso um equilíbrio psíquico para um envelhecimento saudável e este equilíbrio vai depender de fatores como a maneira de adaptar-se a essa nova condição, as memórias de um passado e as condições de vida em que se encontra. Por tudo isso, cabe a Psicologia um olhar, sensível e afetivo, voltado a esta importante fase da vida.

História de vida

História faz parte da vida do ser humano. Ao longo da vida construímos nossa história através das relações com o outro, o tempo e os espaços. Como expressa Montenegro (1994), “O tempo histórico, não é o tempo vivido. A história escrita, documentada, distingue-se do acontecido, é uma representação. E neste hiato entre o vivido e o narrado localiza-se o fazer próprio do historiador.”

Resgatar a história de vida favorece a compreensão da própria história, o desenvolvimento do sentimento de confiança em si próprio e a capacidade de persistir, desejar, sonhar, viver de maneira mais intensa e acreditar que enquanto houver vida, há



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

história, há lembranças. Camargo (1984) complementa que o uso da história de vida possibilita apreender a cultura “do lado de dentro”; constituindo-se em instrumento valioso, uma vez que se coloca justamente no ponto de intersecção das relações entre o que é exterior ao indivíduo e aquilo que ele traz dentro de si.

A possibilidade de evocar imagens significativas vivenciadas no passado e de relacioná-las com o que é vivenciado no tempo atual revela um processo de ressignificação das vivências, tanto das passadas como das presentes e futuras, ou seja, do que se viveu, do que se vive, do que se procura manter ou experimentar futuramente. (Fernandes, 2002, p.1)

Contar-se e recontar-se, registrando o percurso da vida faz com que a pessoa se situe diante dela e reflita sobre ela mesma. A busca de nós mesmos, de auto-conhecer-se, através das lembranças do passado, transforma nosso mundo interior. A partir do momento em que a pessoa relata sua história de vida, ela também organiza seu mundo interno. As experiências que nos marcam através dos anos vividos, nos constituem e nos determinam enquanto sujeitos de nossa própria história. Ouvir e transferir em papel relatos da história de vida de alguém é construir um espaço de escuta. Fernandes (2002 apud Lima 1995) em seu artigo:

Na experiência humana, o espaço nunca é um vazio. Ele é sempre o lugar repleto de significados, lembranças, objetos e pessoas, que atravessam o campo de nossa memória e dos nossos sentimentos, despertam tristezas e alegrias, prazeres e dores, tranquilidade e angústias. (...) é o lugar de reconhecimento de si e dos outros, porque é no espaço que ele (o ser humano) se movimenta, realiza atividades, estabelece relações sociais. (Lima, 1995, p.187)

Evocar através da fala lembranças, recordações, significa mais que reunir fatos, significa integrar e criar novos significados para a própria existência, onde os aspectos intelectuais e afetivos estão interligados ao processo de envelhecer.

O Sociodrama como método de pesquisa

O sociodrama é uma teoria criada pelo psiquiatra romeno Jacob Levy Moreno. Seus trabalhos se detiveram especificamente a grupos diversificados em meio ao social. O sociodrama surgiu a partir do teatro espontâneo e é considerado um método terapêutico



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

que tem por objetivo pesquisar e tratar os grupos e as relações intergrupais, os sofrimentos e conflitos, assim como necessidades de mudança e reestruturação de subjetividade.

O Sociodrama surgiu do Teatro Espontâneo, criado por Moreno, no início do século XX. Trata-se de um dos métodos sociátricos para pesquisar e tratar os grupos e as relações intergrupais, seus conflitos e sofrimentos. Fundamenta-se na epistemologia socionômica e tem o objetivo de superar a dicotomia da pesquisa quantitativa/qualitativa, ao privilegiar a participação dos sujeitos na situação. O sociodrama é um método de pesquisa interventiva, que busca compreender os processos grupais e intervir em uma de suas situações-problema, por meio da ação/comunicação das pessoas. (Nery, 2006, p.35)

No sociodrama trabalha-se um único tema com todo o grupo e os significados presentes nas relações, bem como os vínculos existentes entre os participantes. A escolha do tema se define a partir de uma demanda existente em comum no grupo. O método sociodramático se fundamenta em alguns passos, como: aquecimento inespecífico e específico, dramatização (desenvolvimento) e compartilhamento. O aquecimento representa a preparação do grupo para um determinado tema. A dramatização ou desenvolvimento são as atividades, podendo ser desde um jogo dramático ou uma representação de um conflito vivenciado pelo grupo ou por algum membro dele. O compartilhamento é o momento em que cada integrante do grupo fala sobre seus sentimentos em relação a temática, ao que foi desenvolvido.

O jogo dramático pode ser desde movimentos corporais até dinâmicas grupais ligadas ao contexto ou a algum fato. A finalidade do jogo dramático é que a pessoa descubra novas alternativas de comportamento frente a situações conflituosas, que consiga resolver seus problemas ou angústias de maneira tranquila. O trabalho grupal é importante porque valoriza as diversidades de pensamento e impulsiona o grupo a fazer sua própria análise em busca de melhorar a qualidade de vida de cada integrante, respeitando as desigualdades, dores e angústias de cada um.

Mais tarde, surge o gerontodrama, uma adaptação das teorias Morenianas. O gerontodrama trabalha a questão de grupos no envelhecimento através de psicodrama e sociodrama. Conforme a autora Elisabeth Costa (1998) em seu livro “Gerontodrama” traz esta terminologia de “geronto”, é um equivalente de “geron”, que vem do grego “*géron*



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

mais *ontos*” e significa “velho”; e de “drama”, que vem de “Psicodrama”. (Costa, 1998, p.55)

Aos poucos o envelhecimento foi percebido por psicodramatistas que adaptaram os estudos de Moreno para trabalhos com grupos de pessoas idosas. O gerontodrama surge como uma maneira de ressignificar o processo de envelhecimento, proporcionando ao idoso repensar sobre aspectos da sua vida através da ação, percebendo este envelhecer de maneira normal e não patológica.

A psicoterapia gerontodramática é capaz de possibilitar mudanças não no único sentido de fazer o homem idoso adaptar-se simplesmente a essa fase vital, mas também, e principalmente, mudar no sentido de poder ver crescer dentro de si a capacidade de lidar de modo mais harmônico com os contrastes e vicissitudes da vida nessa fase que ora lhe é imposta, assim como poder usar dos seus recursos espontâneos e criativos. (Costa, 1998, p.153)

Assim, conforme estudos da mesma autora pode-se perceber que gerontodrama é uma técnica que parte do psicodrama para trabalhos grupais com idosos e é considerada uma proposta eficaz que promove mudanças e ressignificações na qualidade de vida no envelhecimento. Perceber não somente a fase atual, mas o que traz em seu interior, lembranças, histórias e todo um contexto pelo qual o idoso passou durante etapas de sua vida é dar um novo sentido a essa fase.

METODOLOGIA

Foram realizados encontros temáticos semanais, com um grupo de 16 mulheres religiosas de uma instituição de longa permanência, com idades entre 83 à 98 anos. Cada encontro teve duração média de duas horas.

O foco do trabalho foi o significado do processo de envelhecer, sob uma abordagem sociodramática e história de vida. A História de Vida pode ser percebida como um meio para valorizar e resgatar memórias de indivíduos. Através da história oral, o método buscou experiências vividas por atores sociais. Para a realização das atividades a memória foi considerada condição básica. Através da memória as narrativas foram sendo construídas.



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

No que se refere ao método, o gerontodrama trabalha com as questões de conflito e sofrimento através de atividades (sessões) grupais. Sendo um método de ação, o sociodrama visa a participação espontânea em um processo de diálogo e compartilhamento de vivências a partir de uma demanda existente.

O trabalho se constituiu, respeitando a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que visa o respeito devido à dignidade humana e exige que toda pesquisa ou trabalho se processe após consentimento livre e esclarecido dos sujeitos, indivíduos ou grupos.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Foram realizados encontros temáticos resgatando a história de vida através de vivências das participantes. No começo das atividades as integrantes do grupo aparentavam estar retraídas, conversavam somente o necessário, falavam baixo, denotavam apatia, pouco sorriso. Depois de alguns encontros pode-se perceber que as participantes estavam alegres, falantes, afetivas, acolhedoras e com a auto-estima melhor. Trago a seguir, o recorte dos encontros temáticos mais significativos. Os codinomes usados nos relatos a seguir são de flores. Cada nome de flor tem um significado que me faz lembrar e ligar este significado a algo do modo de ser de cada uma das participantes.

Em um dos encontros levei vários lenços coloridos e coloquei-os expostos em cima de uma mesa. Pedi que o grupo observasse as cores e pensassem em sentimentos, percebendo em cada cor, um tipo de sentimento diferente. Em seguida pedi ao grupo para que cada integrante pegasse um dos panos. Ao som de uma música pedi que elas manuseassem o pano de olhos fechados e pensassem em um sentimento. Após manuseio do pano pedi que abrissem os olhos e que em sua frente no chão colocassem o pano dando uma forma a ele, dando forma ao sentimento escolhido. Cada uma delas falou sobre o sentimento que escolheu. Após isso convidei Orquídea para uma atividade. Pedi que ela sentasse no meio do grupo e que falasse mais sobre esse sentimento, seu sentimento era confiança: “*Rezar com confiança, quando senti o chamado pra vida religiosa tive que ter confiança*”. Percebi que essa confiança vinha regada por vários outros sentimentos e por isso ela foi convidada para falar mais do sentimento escolhido por ela. Usei técnicas de solilóquio e outras mais do psicodrama e junto a este sentimento de *confiança* surgiram outros sentimentos, como o



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

medo de não saber se a escolha pela religiosidade era certa, a ansiedade de deixar a família, a saudade por não poder mais estar junto aos pais. Para representar todos esses sentimentos eu trouxe papéis coloridos e fui pedindo que em cima do pano (confiança) ela fosse representando os outros sentimentos. Orquídea compartilhou com o grupo a experiência de estar partilhando seus sentimentos e as outras falaram como foi observar a colega e também se identificaram em alguns sentimentos também quando optaram pela vida religiosa.

Em relação as participantes, uma das integrantes estava acamada há três meses, sem sair do quarto, gritava bastante, apresentava agressividade verbal, era agitada, não demonstrava afetividade e criticava o trabalho das cuidadoras. Realizou-se visitas a mesma em seu quarto. Conforme seus relatos ela trabalhou como diretora por muitos anos, era bastante ativa e dinâmica. Várias foram as visitas e a narrativa era sempre a mesma:

“Quero morrer. Quero que Deus me leve logo. Estou com muitas saudades da minha irmã de São Paulo e não quero partir sem me despedir dela. Minhas forças já não me ajudam.” (Violeta. 93 anos)

Em seu quarto, um quadro com a seguinte descrição na parede: *“Deus te visitou pelo sofrimento! Ele te entregou um pedacinho da sua Cruz a fim de que possas colaborar com Ele na salvação do mundo. Ele está contigo, Ele é a tua força e luz! Jesus quer ajudar-te a transformar tuas horas de sofrimento e dor em horas de profundo encontro com Deus. Por isto nunca se apague em ti a luz da fé e da esperança. Entrega tua vida nas mãos de Jesus e confia em Deus que é Pai, Deus que é bom e bom é tudo o que Ele permite.”* Essa escrita diz da entrega de um sofrimento como sendo algo prazeroso e de salvação. Ou seja, de que a finitude estava cada vez mais próxima e que restava apenas aceitá-la. Esse é o novo ressignificar ao qual este trabalho esteve presente. Dar um novo sentido ao viver daquelas que já estavam à espera da finitude.

Aos poucos a referida Irmã saiu da cama e, em cadeira de rodas se fez presente no grupo. Perceberam-se mudanças significativas em sua aparência, ficou disposta, alegre, participativa e afetiva com as colegas e cuidadoras. De acordo com Skinner e Vaughan (1985), o padrão de comportamento do indivíduo tem implicações sobre o quanto ele irá se adaptar ao envelhecimento. Dentro dos limites que o envelhecimento fisiológico impõe, as pessoas agem e pensam como jovens ou como velhos em função do que acontece a elas e do que elas fazem. Dessa forma, indivíduos que tenham condições de se adaptar às novas



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

transformações que o envelhecimento lhes coloca terão, provavelmente, mais condições de serem bem-sucedidos ao envelhecer.

Durante os encontros temáticos sobre a infância, algumas respostas trazidas pelas participantes foram marcantes. Orquídea relata sua infância como sendo feliz o que se pode perceber em seu relato:

“Papai trouxe uma boneca. Um domingo fizemos piquenique para batiza-la. A madrinha fez a roupinha, convidei um amigo para ser o padre, outro amigo para ser o sacristão. Cada convidado tinha que levar lanche para o piquenique. Brinquei muito de boneca, até meus 12, 13 anos.”(Orquídea 87 anos)

Margarida também relatou ter uma infância feliz:

“Ganhei uma boneca de rifa e a gurizada estragou. Eu enrolava panos e fazia de conta que era uma boneca. Tive uma infância feliz. Aprontei bastante. O pai fazia vinho, tinha um parreiral. Nós ia de noite no porão, enchia as garrafas de vinho da pipa e escondia embaixo da cama. Outro dia nós tomava. O pai achava que as pipa tinham caruncho.” (Margarida 87 anos)

Também, através dos relatos apareceram falas diferenciadas de uma infância marcada pelo trabalho, como no caso da irmã Petúnia:

“O pai era pobre, colono, simples, 10 filhos. Ele queria que cuidássemos da terra. O pai tinha um moinho, mas uma tormenta levou a roda pelo rio e ele vendeu o moinho. Não sobrava tempo para brincar, nem tive brinquedo. A mamãe morreu cedo, tinha 29 anos.”(Petúnia 95 anos)

Através desse trabalho percebe-se que a auto-estima é algo importante a ser resgatado na fase do envelhecimento, e, segundo Guilhardi (2002, p.71), “é o produto de contingências de reforçamento positivo e de origem social”. Esse sentimento ajuda o indivíduo desenvolver comportamentos de iniciativa e de melhora adaptação ao novo contexto, o que acontece na fase da velhice, com a aposentadoria e com as perdas físicas e afetivas. Além do sentimento de auto-estima, outro aspecto que caracteriza a auto-aceitação é o reconhecimento de forma positiva de sua história de vida, incluindo tanto aspectos bons quanto ruins.

Os encontros temáticos foram acontecendo semanalmente. Os temas partiam do próprio grupo. Foi difícil para as mulheres religiosas da instituição perceberem e apostarem no trabalho da psicologia em suas vidas. Mas apostaram, participaram dos



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

encontros, se implicaram nas propostas do trabalho e aos poucos a psicologia foi adquirindo um espaço na vida dessas mulheres. O tabu sobre psicoterapias foi se extinguindo e vínculos entre terapeuta e paciente foram aparecendo facilitando o trabalho. O grupo aos poucos foi liberando-se de amarras que haviam de um passado marcado por leis e clausura de uma religiosidade com doutrinas severas e punitivas as quais com o tempo não eram mais cobradas pela congregação, porém que estavam internalizadas em cada uma como marca. Cada encontro representava um novo desafio que foi sendo superado com confiança e determinação. As mulheres foram percebendo que podem continuar com sua devoção pela doutrina e religiosidade, porém com mais flexibilidade, sem impedir-se de viver, de sorrir, de cantar, de colocar sua opinião e de dizer que algo está errado quando necessário sem ter que aceitar tudo que lhe é imposto com passividade. Através dos relatos presentes nas histórias de vida, as participantes, perceberam que é possível viver com um mínimo de liberdade e que se pode ser feliz depois dos 80 anos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através do presente trabalho, buscou-se enfatizar questões sobre o envelhecer e a memória, trazendo lembranças para uma ressignificação das mesmas, aumentando a qualidade e expectativa de vida de um grupo de mulheres, residentes na instituição de longa permanência, que se encontram na fase do envelhecimento.

Percebi o quanto o Psicólogo na área do envelhecimento deve focar seu trabalho na potencialização de uma nova maneira de perceber o envelhecer, não somente como perdas, mas também como experiência percebendo os ganhos e os bons momentos vividos ao longo de sua história de vida. Não também aceitando as limitações de maneira passiva e desacreditando que não há nada para fazer a partir do envelhecer e sim percebendo novas alternativas para viver essa nova fase. Percebi que o psicólogo não deve limitar-se ao trabalho individual em consultórios, e que o trabalho grupal auxilia a criação de vínculos entre as participantes. Através do compartilhamento em grupo de experiências de vida expressamos o melhor de nós e buscamos também o nosso eixo, encontrar-nos, compreender-nos a partir de como os outros nos vêem. Aprendemos a confiar e a desconfiar, a amar e a odiar, a sentir e a compreender, a compartilhar e a fechar-nos. Em grupo procuramos o que nos falta, nos encontramos ou escondemos de nós mesmos, nos



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

realizamos e frustramos, triunfamos e fracassamos. São diversas formas de emoções experienciadas que até então estavam guardadas no interior de cada um.

A experiência de vida de idosos precisa ser valorizada. A velhice deve ser entendida como uma etapa da vida, da mesma forma que temos a infância, a adolescência e a maturidade. São fases, etapas da vida, nas quais acontecem modificações que afetam a relação do indivíduo com o meio e consigo mesmo. Este trabalho permitiu as participantes a exposição e a reflexão de suas experiências de vida.

Como dizia Moreno: *“Voar com os pássaros tem sido o sonho do homem. Voar, se não com as asas próprias, pelo menos com outras mecânicas, o avião, e assemelhar-se a um Deus, se não de um modo real, ao menos no teatro, talvez sejam os dois sonhos mais antigos do homem. Talvez tenham uma origem comum.”* Talvez nunca consigamos fazer com que nossa vida seja o que desejamos, talvez nosso sonho seja ter 20 anos menos, mas se temos 20 anos mais do que nosso desejo então o jeito é embarcar no avião e sonhar de outra maneira, dar um novo significado aos 20 anos mais e viver como se tivesse 20 anos menos, não lamentando o que se foi mas vivendo o que ainda se tem a viver. Talvez esse seja o real sentido da vida, se não dá para ser aquilo pelo menos faça de conta, dramatize e viva em cena, mas não deixe de viver por aquilo que te faz sonhar...!

Conclui-se que alguns aspectos facilitam a adaptação do indivíduo ao envelhecimento, como, por exemplo, autonomia, redes de apoio, auto-aceitação, propósitos de vida e crença religiosa, e, já outros aspectos como agarrar-se aos fatos ruins do passado, negação a velhice, isolamento e postura religiosa conformista, podem dificultar o envelhecimento saudável. Que este trabalho possa servir de incentivo para desenvolvimento de tarefas semelhantes e que a psicoterapia para o idoso possa ser amanhã o que hoje representam as psicoterapias para a criança, o adolescente e o adulto jovem.

REFERÊNCIAS

- BEAUVOIR, Simone de, 1908 – 1986. **A velhice/ Simone de Beauvoir**; tradução de Maria Helena Franco Monteiro. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990 (p.15).
- CAMARGO, Aspázia. **Os Usos da História Oral e da História de Vida: trabalhando com elites políticas**. In: Revista de Ciências Sociais. Rio de Janeiro. v.27, n.1, 1984.



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Código de Ética Profissional dos Psicólogos**. Brasília, 2005.

COSTA, Elisabeth Maria Sene. **Gerontodrama: a velhice em cena** – estudos clínicos e psicodramáticos sobre o envelhecimento e a terceira idade. – São Paulo: Ágora, 1998 (p. 55 e 153).

FERNANDES, RENATA SIEIRO. Memórias de menina. **Cad. CEDES**, Campinas, v. 22, n. 56, abr. 2002 (p.1). Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-32622002000100006&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 08 maio 2011. doi: 10.1590/S0101-32622002000100006. Cita Lima (1995)

GUILHARDI, H. J. (2002). **Auto-estima, autoconfiança e responsabilidade**. In M. Z. S. Brandão et al. **Comportamento humano: tudo ou quase tudo que você queria saber para viver melhor** (p.71). Santo André: Editora Esetec.

MONTEIRO, Dulcinéa. **Metanóia e meia idade: trevas e luz**. São Paulo. Paulus: 2008 (p.55).

MONTENEGRO, Antonio Torres – **História Oral e Memória: a cultura popular revisitada**. São Paulo, Contexto, 1994 (p.10).

NERI, Anita Liberalesso. **Palavras-chave em gerontologia**. Campinas SP: Editora Alínea, 2005 (p.115), 2ª Edição.

NERY, Maria da Penha; COSTA, Liana Fortunato; CONCEICAO, Maria Inês Gandolfo. O Sociodrama como método de pesquisa qualitativa. **Paidéia (Ribeirão Preto)**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 35, dez. 2006 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-863X2006000300002&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 17 maio 2011. doi: 10.1590/S0103-863X2006000300002.

SKINNER, B. F., & Vaughan, M. E. (1985). **Viva bem a velhice: aprendendo a programar sua vida**. São Paulo: Summus.

VERAS, Renato. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 3, jun. 2009 (p.2) . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000300020&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 04 maio 2011. Epub 17-Abr-2009. doi: 10.1590/S0034-89102009005000025.



Abordagem multiprofissional em um grupo de apoio a pacientes vivendo com HIV/Aids: um relato de experiência

Ângela Barbieri ¹

Gabriela Oliveira Guerra ¹

Priscila Ferreira Friggi ¹

Alberto Manuel Quintana ¹

¹ Universidade Federal de Santa Maria (UFSM)

RESUMO

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, conhecida mundialmente pela sigla AIDS, constitui um dos grandes problemas de saúde pública em nosso país. A complexidade da assistência aos portadores de HIV/AIDS requer uma atuação integrada dos profissionais de saúde, considerando os aspectos biopsicossociais destes indivíduos, identificando-se a necessidade de oferecer uma assistência multiprofissional, com o intuito de prestar uma atenção integral. Nesse sentido, foi criado em 2002 em um Hospital Universitário o “Grupo de Apoio a pacientes vivendo com HIV/AIDS”, com o intuito de amenizar as dificuldades impostas por este contexto. Assim, os dados do presente estudo foram coletados de forma individual com cada participante, através de uma entrevista estruturada realizada por dois ou mais profissionais da equipe multiprofissional. A forma de trabalho caracterizou-se como participativa, facilitando o entrosamento, a integração e o diálogo, tornando o grupo um espaço de motivação para o tratamento, através do compartilhamento de desafios e pela busca de alternativas para superá-los. Permitiu, ainda, a construção de vínculos, de acolhida, de respeito às diferenças, de reforço à auto-estima e do autocuidado. Dessa forma, este trabalho revela-se como uma estratégia promissora para o acompanhamento de portadores de HIV/AIDS, na medida em que possibilita o trabalho em equipe e a atuação interdisciplinar, sempre visando o benefício do usuário de forma singular.

Palavras-chaves: HIV/AIDS; Intervenção multiprofissional; Grupo de apoio.



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

INTRODUÇÃO

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, conhecida mundialmente pela sigla AIDS, constitui um dos grandes problemas de saúde pública em nosso país. Desde a descoberta da doença, em 1980, até junho de 2009 foram registrados 544.846 casos de AIDS no Brasil, ocorrendo 217.091 mortes neste período em decorrência da doença. Por ano, são notificados entre 33 mil e 35 mil novos casos de AIDS, sendo que a estimativa é de que existam 630 mil pessoas infectadas no país atualmente (BRASIL, 2009).

Frente ao grande número de acometidos, detecta-se a complexidade e a variedade dos problemas suscitados pela AIDS, os quais exigem respostas por parte dos serviços de saúde, não somente abordando os aspectos clínicos, mas também os impactos sociais, psicológicos e econômicos associados aos estigmas e preconceitos que ainda a permeiam (MENDES, 1992). Deste modo, é visível que um tratamento integral de forma multiprofissional poderá proporcionar uma maior qualidade na atenção a estes indivíduos, entendendo-se que a integralidade não deriva apenas da atitude de um dado profissional de saúde, mas sim de toda uma equipe (PINHEIRO e MATTOS, 2001).

Percebe-se que o modelo assistencial ou de cuidado multiprofissional permite, além de abordar com mais propriedade os aspectos socioepidemiológicos, levar em conta o significado e as representações do processo saúde e doença para os sujeitos com doenças imunodepressoras, como a AIDS, tuberculose e câncer, dentre outras (LEITE et al, 2007). Mais especificamente, este modelo de cuidado interdisciplinar possibilita a ruptura da assistência fragmentada, perante a convicção de que as necessidades dos portadores do HIV ultrapassam simplesmente as questões biológicas.

Uma estratégia que visa um atendimento multiprofissional e integral é a instituição de grupos de apoio, que proporcione um espaço de troca de informações e vivências/experiências. Um grupo que seja caracterizado como equipe integração, onde ocorra efetivamente a articulação das ações e a interação dos agentes (PEDUZZI, 2001).

Neste sentido, foi criado em 2002 em um Hospital Universitário o “Grupo de Apoio a portadores de HIV/AIDS”, com o intuito de amenizar as dificuldades impostas pela situação de viver e conviver com HIV/AIDS. Este grupo foi constituído por usuários, familiares, amigos, profissionais da área da saúde, entre outros. Apresentava caráter



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

informativo, reflexivo e de apoio, pois visava também aumentar a percepção dos usuários e dos demais sobre os cuidados com a sua saúde, através da troca de experiências. A forma de trabalho caracterizou-se como participativa, facilitando o entrosamento, a integração e o diálogo, tornando o grupo um espaço de motivação para o tratamento, através do compartilhamento de desafios e pela busca de alternativas para superá-los. Permitiu, ainda, a construção de vínculos, de acolhida, de respeito às diferenças, de reforço à auto-estima e do auto-cuidado.

Identificando a complexidade e a variedade dos problemas suscitados pelos usuários deste grupo e as diferentes implicações do HIV/AIDS em suas vidas, elaborou-se um instrumento para reconhecê-los em sua singularidade. Assim, esse trabalho tem por objetivo apresentar os resultados preliminares obtidos com a realização de uma entrevista multiprofissional, socializando a importância de equipes multiprofissionais em grupos de apoio com os usuários HIV.

OBJETIVOS

Relatar a experiência de um Grupo de Apoio de pacientes vivendo com HIV/AIDS e refletir sobre a importância de uma intervenção multidisciplinar nesse contexto.

MÉTODO

A pesquisa ocorreu em um Hospital Universitário do centro-oeste do Rio Grande do Sul, no primeiro semestre de 2010, com os pacientes vivendo com HIV/AIDS que participavam efetivamente de um Grupo de Apoio. Os dados foram coletados de forma individual com cada participante, através de uma entrevista estruturada realizada por dois ou mais profissionais da equipe multiprofissional. Esta entrevista durou em média 30 minutos e abordou aspectos subjetivos e objetivos dos indivíduos, sendo subdividida em dados pessoais, dados da patologia (exames laboratoriais e medicações em uso), reação pessoal e familiar frente à doença, doenças associadas, histórico de patologias oportunistas e demais alterações biopsicossociais.

RESULTADOS E DISCUSSÃO



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Durante a realização das entrevistas multiprofissionais foram entrevistados 11 pacientes, dos quais 100% tiveram uma frequência regular no grupo de HIV/ AIDS, sendo 04 do sexo feminino e 07 do sexo masculino. Identificou-se que 90,9% dos usuários apresentavam necessidade de intervenções com distintos núcleos profissionais, o que comprova a necessidade de ações integradas e interdisciplinares na assistência prestada ao usuário (Figura 2). Também deixa evidente que o profissional que atende o portador, contempla basicamente a patologia de base do paciente, não atendendo a demanda dos problemas que a circundam. Em outras palavras, o profissional não visualiza ou não se detém a complexidade da patologia, caracterizando-se como um profissional da equipe grupamento, como comprovado no estudo de Kurokawa e Silva (2002). A equipe grupamento é uma modalidade de trabalho em equipe que ocorre simplesmente uma justaposição de ações, pois deixa a par a necessidade de ampliação do usuário/sujeito, apenas buscando a integralidade das ações por meio do encaminhamento dos usuários a outros setores cuja conexão é geralmente mediada pelo próprio usuário ou pela recepção.

Diante da análise das entrevistas multiprofissionais comprovou-se que a maioria dos pacientes possuía a necessidade de intervenções em equipe multiprofissional, pois apresentavam queixas não apenas de ordem médica. Porém, trabalhando com a singularidade de cada sujeito e através dos princípios de uma equipe integração, nota-se a extrema importância de termos uma equipe multiprofissional para realizar acompanhamento e tratamento destes pacientes.

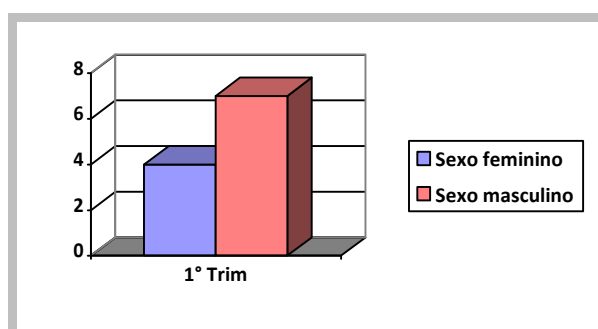


Fig. 1 Amostra da pesquisa com base nos sexos femininos e masculinos



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

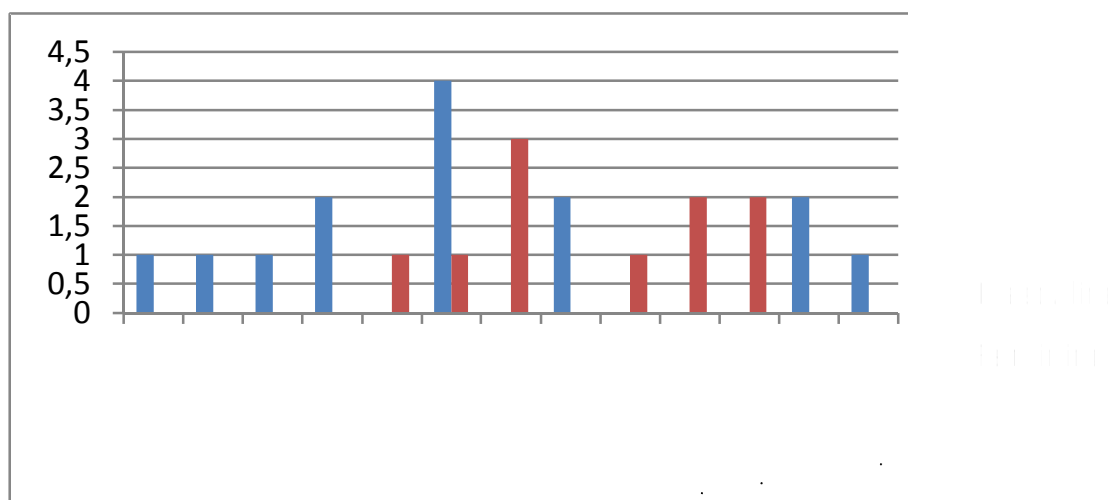


Fig. 2 Profissionais que os pacientes necessitam de intervenção direta.

A unanimidade em torno da importância do trabalho multiprofissional nos centros de referência está evidente na percepção, pelos entrevistados, das particularidades do trabalho de assistência às pessoas vivendo com HIV/AIDS. Essas particularidades referem-se a padrões de normatividade social, determinadas, no caso da AIDS, pelo fato de tratar-se de uma doença incurável, cujas formas de transmissão estão associadas a temas-tabu, como a sexualidade e o uso de drogas, somados à situação de pobreza das pessoas acometidas por ela (SILVA, 2002). Ou seja, é urgente a necessidade de construção e oferta de grupos de apoio a usuários HIV em equipes multidisciplinares capacitadas a abordar tais particularidades.

Assim, ao entender que tratamento não se restringe a prescrição e tomada de medicamentos, o grupo de apoio em estudo conta com uma equipe multidisciplinar vinculada a um programa de residência multiprofissional, da qual fazem parte enfermeiro, nutricionista, fonoaudiólogo, psicólogo, fisioterapeuta e assistente social. Com a evolução do trabalho conjunto, a equipe foi lidando cada dia mais e mais com as questões suscitadas pela terapia anti-retroviral, sendo que a adesão ao tratamento passou a ser um pilar no manejo do tratamento de pacientes com HIV/AIDS, pois a abordagem biopsicossocial do paciente constitui-se como facilitadora da adesão ao processo terapêutico.

Tal fato detecta-se quando a equipe consegue trabalhar com demandas antevistas no grupo, isto é, com a formulação por um conjunto de profissionais, de projetos assistenciais que antecipem as demandas a partir de situações concretas da prática, consegue-se



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

construir condições favoráveis a um trabalho mais efetivamente integrado da equipe multiprofissional. Essa integração favorece intervenções que permitem um diálogo mais rico entre a indicação do tratamento medicamentoso e outras dimensões relevantes do cuidado referentes às vivências sociais, psicológicas e emocionais dos pacientes (SILVA, 2006). Em outras palavras, esta integração é consoante ao processo de adoecimento humano que é complexo e dinâmico, na medida em que pressupõe a capacidade de reagir para a pessoa que adoece, tendo para esta um sentido, um significado. Assim, percebe-se que a integralidade nas práticas de cuidado em equipe multiprofissional auxilia o paciente no processo de tornar-se sujeito do processo de adoecimento e cuidado, desenvolvendo a capacidade autônoma, o que contribui para alcançar os objetivos terapêuticos pactuados.

CONCLUSÃO

A complexidade da assistência aos portadores de HIV/AIDS requer uma atuação integrada dos profissionais de saúde, considerando os aspectos biopsicossociais destes indivíduos. Tal fato ficou comprovado perante este estudo, pois identificou-se a necessidade de oferecer uma assistência multiprofissional para os pacientes HIV, com o intuito de prestar uma atenção integral. Também constatou-se a necessidade de atendermos os portadores de HIV/AIDS de uma maneira diferenciada, considerando suas inúmeras particularidades, superando a simplista e excludente visão biomédica. Cabe ressaltar a importância da construção em equipe integração, que valorize e qualifique o cuidado prestado a estes usuários de saúde, possibilitando uma melhor qualidade de vida a estes sujeitos. Concluindo, este trabalho revela-se com uma estratégia promissora para o acompanhamento de portadores de HIV/AIDS, na medida em que possibilita o trabalho em equipe e a atuação interdisciplinar, sempre visando o benefício do usuário de forma singular.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

MENDES, GRBM. **Práticas de saúde:** processos de trabalho e necessidades. São Paulo: CEFOR; 1992. (Cadernos CEFOR Textos, 1).



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

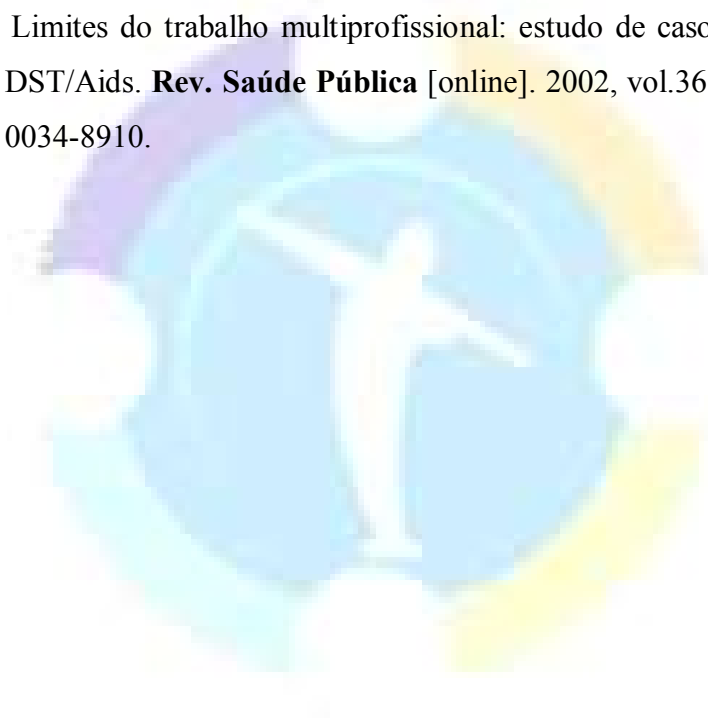
LEITE, JL; ERDMANN, AL, CARVALHO, SM; PEZZI, MCS; DANTAS, CC al. O caminhar para a concepção de um modelo de cuidado ao cliente HIV positivo. **Cienc Cuid Saude** 2007 Abr/Jun;6(2):187-196.

KUROKAWA E SILVA. Limites do trabalho multiprofissional: estudo de caso dos centros de referência para DST/Aids. **Rev Saúde Pública** 2002;36(4 Supl):108-116.

PEDUZZI, Marina. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia **Revista de Saúde Publica**, 2001;35(1):103-9.

PINHEIRO, R., MATTOS, R.A. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS-UERJ/ABRASCO, 2001.

SILVA, NEK et al. Limites do trabalho multiprofissional: estudo de caso dos centros de referência para DST/Aids. **Rev. Saúde Pública** [online]. 2002, vol.36, n.4, suppl., pp. 108-116. ISSN 0034-8910.





III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Adesão ao tratamento em saúde mental

Maira Rafaela Röhrig da Costa ¹

Ana Cristina Garcia Dias ¹

Ana Paula Iwahn ¹

Martha Helena Oliveira Noal ¹

¹ Universidade Federal de Santa Maria (UFSM)

RESUMO

Considerar o paciente enquanto ser social, dotado de expectativas, conhecimentos, interesses, e que tem valores socioculturais, que produzem sentidos e “ressignificações”, torna-se essencial para pensar sobre o uso ou resistência ao uso medicamentoso e aderência a outras prescrições do tratamento. O tratamento busca favorecer a adaptação do paciente, instrumentalizando-o para que, por meio de seus próprios recursos, desenvolva mecanismos que permitam conhecer seu processo saúde/doença de modo a identificar, evitar e prevenir complicações. Todavia, em um tratamento, deve-se considerar a co-responsabilidade que profissionais e serviços de saúde devem ter no processo de adesão do paciente, sendo que este deve ser visto como agente ativo em relação as decisões relacionadas à terapêutica e ao seu corpo. A proposta deste estudo é discutir a respeito dos fatores que influenciam na adesão ao tratamento, principalmente relacionado a transtornos mentais. A fim de atingir tal objetivo, realizou-se um estudo bibliográfico, a partir de pesquisas no banco de dados Scielo, selecionando publicações nacionais, compreendidas entre os anos de 2002 e 2012, relacionadas ao tema em questão. O estudo indica que os fatores que mais influenciam na adesão ao tratamento giram em torno da relação médico-equipe/paciente, das crenças desenvolvidas a respeito da doença, do suporte recebido pela rede de apoio, da ilusão de não necessidade do tratamento por uma melhora percebida e da tentativa de superar estigmas. Verificou-se, também que há uma carência de interlocução nas relações que se estabelecem nos serviços de atenção à saúde, entre equipe e pacientes, e que tal falta repercute na decisão de aderir ou não ao tratamento proposto. Percebe-se que a adesão ao tratamento auxilia o paciente em diversos aspectos de sua vida, desde a



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

melhora dos sintomas (ou possível cura), até na melhoria de suas relações interpessoais, normalmente afetadas pelos efeitos da doença. A não-adesão ao tratamento implica em dificuldades a um nível biopsicossocial, nas quais o sujeito pode sofrer prejuízos no seu convívio social e familiar e até mesmo em relação a tarefas cotidianas. Considera-se relevante compreender o fenômeno da não-adesão ao tratamento, para que posteriormente seja possível realizar uma intervenção mais adequada, a fim de minimizar os prejuízos relacionados à ausência de adesão ao tratamento.

Palavras-chave: Adesão ao tratamento; Saúde mental; Transtornos mentais; Relação equipe/paciente.

INTRODUÇÃO

Muitos estudos no campo dos medicamentos ainda desconsideram o paciente, ou o responsável por sua saúde, como ser social, dotado de expectativas, conhecimentos, interesses, e que tem valores socioculturais, que produzem sentidos e “ressignificações” sobre o uso ou resistência ao uso medicamentoso em seu processo ou estado crônico de adoecimento. As ciências sociais e humanas vêm a contribuir com a discussão sobre a adesão ou não ao tratamento quando aborda a perspectiva do usuário, propiciando a emergência de fatores complexos até então desconsiderados, como nos estudos que identificaram a adesão à terapêutica prescrita como o resultado de um processo de avaliação e aceitação de seu estado enquanto doente. O paciente, até então, era referido como um espaço, o lócus onde um medicamento teria sua ação, do ponto de vista da racionalidade médica (Luz, 1988 citado por Leite & Vasconcellos, 2003).

Atualmente, entende-se que a adesão, como um dos critérios do uso de medicamentos e do cuidado de saúde como um todo, pode ser afetada ou direcionada pelo meio social e cultural no qual o sujeito está inserido (Leite & Vasconcellos, 2003). Além disso, tem-se em vista que em um tratamento deve-se considerar a co-responsabilidade que profissionais e serviços de saúde devem ter no processo de adesão do paciente, a fim de que possa ser efetivado, propiciando àquele meios para exercer o seu papel em igualdade de condições (Reiners, Azevedo, Vieira & Arruda, 2008).



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

A adesão ao tratamento gera efeitos diretos na saúde e no bem estar do paciente. Sendo assim, investigar seus efeitos, refletir sobre as implicações geradas na vida do sujeito, buscar entender as causas da não adesão, olhando para o paciente e não apenas para sua doença, torna-se indispensável para compreender esse processo, possibilitando, dessa forma, uma intervenção adequada que contribua com o sucesso da adesão ao tratamento.

DESENVOLVIMENTO

Os transtornos mentais que possuem evolução crônica, caracterizada por um contínuo tratamento poli-medicamentoso, são marcados pela instabilidade na manifestação e tratamento da patologia. No curso da doença mental, pacientes e seus familiares vivenciam momentos de controle e diminuição dos sintomas, alternados a momentos de crise, recaída psiquiátrica e conseqüente re-internação hospitalar dos doentes (Cardoso & Galera, 2009). A constante manifestação dos sintomas psiquiátricos, as constantes recaídas e re-internações e os efeitos adversos do tratamento medicamentoso, muitas vezes, dificultam as relações do doente mental com sua família e meio social, dificultando o desempenho de atividades cotidianas (Cardoso, Miasso, Galera, Maia & Esteves, 2011).

Numa tentativa de minimizar esses efeitos negativos sobre as relações e sobre o cotidiano do paciente, o tratamento busca favorecer sua adaptação, instrumentalizando-o para que, por meio de seus próprios recursos, desenvolva mecanismos que permitam conhecer seu processo saúde/doença de modo a identificar, evitar e prevenir complicações, agravos e, sobretudo, a mortalidade precoce. Neste sentido, insere-se no tratamento um item significativo, de relevância para o sucesso do cuidado e que representa um desafio – tanto para profissionais quanto para pacientes – que é a adesão ao tratamento (Silveira & Ribeiro, 2005).

Efetivamente, a adesão terapêutica pode ser percebida como um comportamento relacionado com a saúde/doença, sendo que a maneira como são compreendidos os fatores que levam as pessoas a aderir ou não às recomendações médicas enquadra-se no âmbito da psicologia (Brannon & Feist, 1997a; Horne, 1997 citados por Klein & Gonçalves, 2005). De acordo com Leite e Vasconcellos (2003), o fenômeno da adesão/não-adesão pode ser entendido desde a escolha do sistema terapêutico: todas as motivações e bloqueios estarão



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

presentes em todos os níveis da terapêutica, afetando a relação do paciente ou população com sua saúde e tratamento. Assim, segundo os autores, todos os fatores apontados para a adesão a um tratamento prescrito estão influenciando o modo pelo qual uma pessoa, na ocorrência de uma enfermidade, decidirá tratar-se.

A maioria dos estudos sobre esse tema apresenta, mesmo que de maneira implícita, a noção de que os pacientes deveriam aderir, pois essa é a sua obrigação e, quando tal não acontece, a responsabilidade é, em grande parte, deles próprios. A partir desse ponto de vista, a adesão ao tratamento está estreitamente ligada a uma perspectiva em que os pacientes, por vezes, são encarados como agentes passivos no ato médico. Em contrapartida, alguns estudos sugerem que os pacientes, hoje em dia, pretendem obter mais informação e mais oportunidades de se tornarem ativos na sua interação com o profissional de saúde (Donovan & Blake, 1992 citado por Klein & Gonçalves, 2005).

Outra evidência de que a responsabilidade pela adesão ao tratamento não se restringe ao paciente é vista em teorias que tem localizado as fontes de baixa adesão na interação médico-paciente. Tem-se ressaltado, também, o papel ativo do sujeito no tratamento, tendo em vista a importância do conhecimento ou crenças do paciente acerca da terapêutica. Outro aspecto que vem sendo considerado em estudos sobre adesão é relativo aos fatores relacionados à natureza do regime ou da doença (Conrad, 1985 citado por Klein & Gonçalves, 2005).

Considerando que a relação entre médico e paciente influencia no entendimento do paciente sobre o tratamento e em suas crenças a esse respeito, o princípio da integralidade parece estar intimamente ligado ao assunto, pois entende o homem como sendo biopsicossocial, que se estrutura como sujeito pela estreita interação de suas diversas dimensões e por suas relações com o meio. Esta concepção que considera o indivíduo em sua totalidade orienta o entendimento do processo saúde/doença incidindo sobre a prática dos profissionais de saúde, influenciando seu modo de tratar o paciente e colocando o foco da atenção na pessoa e não na doença. Como um princípio orientador, transforma as relações de quem cuida com quem é cuidado, na medida em que a partir dele a impessoalidade da relação sujeito-objeto dá lugar à relação sujeito-sujeito, possibilitando aproximações mais compromissadas e humanizadas. Tal aproximação permite o conhecimento recíproco e abre caminho para o diálogo, por meio do qual se constrói uma relação interpessoal que “descoisifica” os sujeitos, possibilita perceber diversidades, cria



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

vínculos, facilita a compreensão das necessidades de quem sofre e influencia o processo de trabalho e as ações de saúde (Silveira & Ribeiro, 2005).

OBJETIVOS

Considerando os fatores que influenciam na maior ou menor adesão ao tratamento e os efeitos desta adesão na vida do paciente, pretende-se, através deste trabalho, discutir tais questões por meio da busca de referência nas publicações recentes de artigos nacionais que abordam o tema. Tendo em vista, assim, aprofundar a discussão em torno desse importante e primordial aspecto para tratamento em saúde mental.

MÉTODO

Foi realizado um estudo bibliográfico, a partir de uma pesquisa no banco de dados Scielo (www.scielo.org), considerando as publicações no período de 2002 a 2012. Para tanto, foi utilizada uma abordagem qualitativa com o intuito de verificar publicações relacionadas à adesão ao tratamento em pacientes com transtornos mentais. A busca bibliográfica foi realizada por meio da combinação dos seguintes descritores: *adesão ao tratamento*, *saúde mental*, *transtornos mentais*, *psicoeducação*. Foi considerado como critério de inclusão: abordar no resumo a questão da adesão ao tratamento em transtornos mentais; publicação brasileira realizada nos últimos dez anos. Como critério de exclusão: não ser referente à adesão ao tratamento; ser um estudo que não aborde aspectos relacionados à saúde mental; ser uma publicação anterior ao ano 2002; texto em língua estrangeira. Após leitura dos resumos, foram selecionados, então, dez artigos. A partir da leitura integral dos artigos selecionados, foram definidas as seguintes categorias para posterior discussão: definições de adesão ao tratamento; papel dos profissionais e da equipe de saúde para lidar com essa questão; fatores que contribuem ou não contribuem para adesão ao tratamento.

RESULTADOS E DISCUSSÕES



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

O sucesso da terapia proposta, a cura de uma enfermidade, o controle de uma doença crônica e a prevenção de uma patologia dependem da adesão do paciente ao tratamento. Dessa forma, conceituar adesão ao tratamento parece imprescindível para entendê-lo. A literatura traz uma grande variedade de conceitos. Para Leite e Vasconcellos (2003), é compreendido como a utilização dos medicamentos prescritos ou outros procedimentos em pelo menos 80% de seu total, observando horários, doses, tempo de tratamento. Porém, outros termos têm sido utilizados para denominar o quanto o paciente segue seu tratamento, como aderência ou concordância. Todavia, a forma de visualização do paciente como ativo ou passivo no tratamento tem sido considerada como responsável pelas dificuldades com a terminologia (Lingam & Scott, 2002 citado por Cardoso & Galera, 2009). Entre os pressupostos abordados nos estudos sobre adesão, as diferenças mais evidentes encontram-se entre aqueles que focalizam o fenômeno no paciente e aqueles que procuram a compreensão em fatores externos ao paciente (Leite & Vasconcellos, 2003).

Usualmente, quando se pensa em adesão, o foco é no paciente como sujeito ativo, considerando o uso que faz dos medicamentos prescritos, o seguimento das orientações e restrições indicadas, as modificações que necessita fazer no estilo de vida para equilibrar sua saúde (Silveira & Ribeiro, 2005). Porém, nem sempre é dada autonomia ao sujeito para atuar de maneira ativa, o que pode ser percebido, por exemplo, nos métodos de medição da adesão, as quais, por vezes, colocam o paciente no papel de quem simplesmente cumpre ou não as indicações. Tais métodos de controle podem ser realizados por meio de medições comportamentais, como a contagem de pílulas; inquérito com os pacientes; relatos colaterais; técnicas bioquímicas; revisão de resultados clínicos; entre outros. Essa forma de avaliar, onde a maioria dos indicadores está relacionada ao aspecto medicamentoso, evidencia uma preocupação com a adesão aos medicamentos em lugar da adesão ao tratamento, como se fossem fatores dissociados. Leite e Vasconcellos (2003) apontam que, a partir desse modelo, em nenhum momento é citado o direito do paciente de decidir sobre o seu corpo, na verdade, criam-se formas de cercar o paciente por todos os lados e este necessita prestar contas do que faz e deixa de fazer com seu próprio corpo. Esta compreensão do profissional é norteadada por um modelo de atenção à saúde que privilegia a doença e não o doente com suas características, seu estilo e seu contexto de vida, o significado que a doença tem para ele, além de desconsiderar a devida relevância que,



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

neste processo, tem suas relações com a pessoa assistida e com a instituição à qual está vinculada para tratar-se (Silveira & Ribeiro, 2005).

Segundo Silveira e Ribeiro (2005) isso aponta para o fato de que

(...) a formação do profissional de saúde tem sido orientada por um modelo de atenção biologista, fundamentado no paradigma positivista da ciência, cuja racionalidade sustenta-se na fragmentação, no aprofundamento e na descrição de partes para se compreender a unidade humana. (...) E esta tem sido a racionalidade preponderante na formação profissional que, embora tenha potencialidades e em um dado momento tenha sido fundamental para os avanços que hoje temos no campo da saúde, também tem seus limites. Isto porque, na busca da clareza e do sentido unívoco, “desvaloriza a diversidade, a singularidade, a interação das diferentes dimensões que compõem o sujeito” (como citado em Deveza, 1983, p. 82), reduzindo os eventos de saúde e doença à dimensão biológica (p. 92).

Com o intuito de transformar o processo de formação dos profissionais da saúde, colocam-se como estratégias a reflexão e a discussão dos diferentes elementos que constituem este processo, entre os quais se destaca o homem, enquanto objeto de estudo ao qual se destina a formação. Destacam-se também outros elementos constituintes desse processo, como o conceito de saúde, o processo saúde/doença, as práticas assistenciais, os espaços onde se desenvolvem e os sujeitos nelas envolvidos. Assim, cria-se um campo ideal para desenvolver uma articulação transformadora que se configure em um novo cenário de atenção à saúde (Silveira & Ribeiro, 2005).

Cardoso *et al* (2011) aponta que alguns estudos estabelecem uma analogia entre o sucesso da adesão ao tratamento e diferentes níveis de comprometimento, relacionados ao papel do paciente, à sua relação com serviços/profissionais de saúde e com a qualidade de assistência prestada pelo profissional. Ressalta-se que o sucesso da adesão só se torna possível a partir do estabelecimento de bom relacionamento interpessoal, conhecimento, compreensão e técnicas que auxiliem a manutenção dos tratamentos. Em relação ao tratamento dos transtornos mentais, é dada uma ênfase aos estudos relacionados a não adesão à medicação. Esta é observada em cerca de 50% das pessoas e é responsável por inúmeros prejuízos que, por conseguinte, acabam dificultando abordagens terapêuticas, psicossociais, interação entre equipe de saúde e paciente, além de prejudicar a reintegração social do paciente (Cardoso & Galera, 2009).



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

A baixa adesão dos pacientes pode ser classificada em intencional e não intencional. Cardoso *et al* (2011) observa que o comportamento misto é predominante, ou seja, os pacientes às vezes se esquecem de tomar o medicamento, são descuidados com o horário em que tomam suas medicações e também deixam de tomar o medicamento quando se sentem bem ou quando esse lhe faz mal. Apesar de se tratar de um comportamento que pode parecer um pouco controverso, é interessante observar que, principalmente nas doenças psiquiátricas caracterizadas pela cronicidade, a constante manifestação dos sintomas prejudica o senso crítico dos pacientes, o que pode explicar tal postura dos pacientes em relação aos medicamentos bem como quanto à baixa adesão ao tratamento. Talvez tal característica possa apontar a intenção de superar o estigma de doente crônico, afinal, o ato de tomar o medicamento regularmente demonstra e reforça que se é um doente crônico.

Existem, de acordo com Klein e Gonçalves (2005), três fatores que parecem contribuir de forma decisiva para a baixa adesão, que são: 1) *as características do regime de tratamento e da doença*, 2) *as características do paciente* e 3) *as características ou natureza da relação médico-paciente*. Serão discutidos esses três aspectos separadamente, acrescentando ao último deles a função da equipe de assistência à saúde e o serviço prestado.

Em relação às características do tratamento e da doença, os pontos mais importantes parecem ser a sua duração e a sua complexidade, bem como, os efeitos colaterais do tratamento e a gravidade da doença. Leite e Vasconcellos (2003) apontam que a percepção de efeitos colaterais causados pela terapia pode ser um entrave para a adesão ao tratamento; da mesma forma que a ausência de sintomas, que ocorre em algumas fases do processo de adoecimento, pode ser um fator para a não-adesão, por haver uma melhora e o sujeito considerar que não necessita mais do tratamento. Além disso, prescrição de hábitos que alteram o ritmo de vida, como alimentação e exercícios físicos, também podem deixar de ser seguidos e, dessa forma, serem considerados uma forma de não-adesão. Os mesmos autores indicam que alguns fatores, normalmente ligados ao medicamento, na verdade estão relacionados à decisão do paciente de mudar seu ritmo de vida ou aceitar certos efeitos adversos, pois o seguimento rígido das prescrições implica certa interferência no cotidiano, o que pode não ser desejado pelo usuário.



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Em relação às características dos pacientes, estudos têm demonstrado pouca consistência entre a adesão e características demográficas como a idade, gênero, estado civil e estatuto sócio-econômico (Cluss & Epstein, 1985; Conrad, 1985 citados por Klein & Gonçalves, 2005). Os fatores que mais consistentemente têm sido mencionados como indicativos do grau de adesão dos indivíduos se referem às crenças pessoais acerca da doença e da eficácia do tratamento. Além disso, a adesão dos pacientes à terapêutica médica é muitas vezes afetada por fatores cognitivos e emocionais. Segundo Klein e Gonçalves (2005), a adesão ao tratamento é influenciada pelas representações que os indivíduos constroem acerca da sua doença, relacionadas aos componentes que constituem a representação da doença (identidade, duração, causas, consequências, cura/controle). Assim, com base nesta perspectiva, o comportamento de não adesão pode ser entendido como uma resposta coerente do indivíduo, visto que, por vezes, pode ocorrer uma falta de concordância entre as suas ideias e as do médico, em relação ao seu problema e/ou tratamento (Horne, 1997 citado por Klein & Gonçalves, 2005). A partir dessas colocações, pode-se pensar que os pacientes avaliam as ações dos médicos e os fármacos prescritos, conforme o que eles próprios sabem e pensam acerca de sua doença e da medicação proposta. Assim, a decisão de deixar de tomar medicamentos pode ser vista como um método empírico-racional, utilizado pelos doentes para testar as suas perspectivas em relação à eficácia dos fármacos. Sendo assim, pode-se considerar a opção de aderir ou não às prescrições médicas como uma forma de os doentes expressarem as suas tentativas de lidar com a doença (Klein & Gonçalves, 2005).

Ainda em relação aos pacientes, o apoio social é apontado como um dos fatores psicossociais com maior potencial fortalecedor da adesão. Verificou-se que as pessoas que estão isoladas de outros têm uma maior probabilidade de não aderir, enquanto as pessoas com uma rede mais vasta de relações interpessoais tendem a apresentar uma maior probabilidade de seguir as recomendações médicas, particularmente quando estas envolvam mudanças nos estilos de vida (Bishop, 1994; Sarafino, 1990 citados por Klein & Gonçalves, 2005).

No último aspecto, referente às características da relação médico– paciente, parece ser de suma importância as competências de comunicação e as atitudes dos médicos quanto aos pacientes. Bishop (1994 citado por Klein & Gonçalves, 2005) apontam que, na realidade, uma das principais razões pelas quais os pacientes deixam de implementar os



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

procedimentos médicos é a falha do médico em fornecer informação. Os mesmo autores indicam que os problemas relacionados com a comunicação podem começar logo no momento em que o médico pede aos pacientes o relato dos seus sintomas e falha em ouvir as suas preocupações. Além destes problemas na comunicação, as diferenças na linguagem, nível educacional e classe social podem contribuir para o agravamento da não adesão ao tratamento. Acentuando a importância dessa comunicação, Cardoso *et al* (2011) corrobora ao afirmar que:

Assim, espera-se que pacientes com bom conhecimento em relação à sua doença e tratamento possam ter melhora significativa em relação à adesão, na medida em que, gradativamente, aceitem e compreendam sua situação, recursos e potencialidades. Embora sugiram que a educação em saúde também pode influenciar o envolvimento de pacientes e suas famílias no cuidado à saúde, poucos estudos têm abordado essa questão em relação à adesão aos tratamentos psiquiátricos medicamentosos. (p. 3)

Apesar da nítida influência sobre a adesão, a relação médico-paciente não é suficiente para explicar o fenômeno da não-adesão à terapêutica. É, sim, um dos possíveis entraves que pode e deve ser trabalhado pela equipe de atenção à saúde (Leite & Vasconcellos, 2003). Entre inúmeros motivos capazes de explicar os abandonos de tratamento, a rejeição do mesmo pode ser incluída (Ribeiro, Alves, Vieira, Silva. & Lamas, 2012). Assim, a avaliação da equipe em relação às taxas de abandono deve, também, levar em conta a aceitação ou a rejeição das estratégias de tratamento propostas pela mesma: uma intervenção deve ser considerada como não efetiva se seus usuários a consideram inaceitável ou a rejeitam. O que nos leva a acreditar que necessário que a equipe esteja atenta, para repensar e reformular as estratégias de tratamento, adequando-as ao público que a procura.

É considerado um fator decisivo para a adesão a confiança depositada pelo paciente na prescrição, na equipe de saúde ou no médico pessoalmente (Leite & Vasconcellos, 2003). Algumas atitudes da equipe (como linguagem, tempo dispensado para a consulta, atendimento acolhedor, respeito com as verbalizações e questionamentos dos pacientes, motivação para o cumprimento do tratamento) são assinaladas como fatores que reforçam a adesão.

Se a boa relação pode auxiliar na adesão ao tratamento, a relação negativa estabelecida com a equipe como um todo e com o médico em especial, pode atrapalhar



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

esse processo (Cardoso & Galera, 2009). Assim, incorporar o diálogo como recurso de cuidado em saúde passa por uma crítica à forma tradicional de conversar nessa relação. Muitas vezes, os profissionais atuam como detentores de saber, falando para um usuário desprovido de saber, com o intuito de educá-lo para um melhor comportamento em saúde. Com isso não se está negando o discurso científico dos profissionais de saúde, do que vem a ser considerado saúde e doença, mas se enfatiza a necessidade da interlocução, do diálogo. De acordo com Camargo-Borges e Japur (2008), dessa forma pode haver viabilidade na proposta de um novo paradigma em Saúde Pública, em que ações conjuntas entre profissionais e população rompam com a tradicional hierarquia rígida nas relações de saber/poder, legitimando assim, outras descrições de vivências de saúde/doença. Os autores complementam essa colocação reforçando a importância da interlocução como propulsora de ações transformadoras:

Se a linguagem é ação no mundo, a mudança narrativa é uma mudança que ocorre não somente nas palavras, mas também nas ações. Nessa perspectiva, à medida que se conversa, novos sentidos e significados podem ser gerados e, portanto, juntas, as pessoas têm a possibilidade de criar novas formas de se relacionar e de estar no mundo, re-significando antigos discursos e criando novos. Assim, esta perspectiva combate uma visão naturalizada das coisas, enfatizando a construção de sentido nas interações. (p. 66)

Os autores Klein e Gonçalves (2005) pontuam que, a partir da perspectiva centrada no paciente, a adesão passa a ser encarada como um processo de auto-regulação que permite às pessoas exercer algum controle sobre a sua doença na medida em que se vão ajustando aos significados que os medicamentos assumem nas suas vidas e não como o ato de obedecer às instruções médicas. Segundo eles, pode-se afirmar que o aspecto central não é a adesão em si, mas o modo como os profissionais de saúde compreendem e participam nas decisões que os pacientes tomam relativamente aos seus regimes terapêuticos.

COMENTÁRIOS FINAIS

A leitura das publicações referentes à adesão ao tratamento possibilita compreender alguns dos fatores significativos na maior ou menor adesão ao tratamento; bem como discutir os efeitos dessa decisão na vida do paciente. Percebe-se a relevância em



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

aprofundar a discussão em torno desse importante e, de certa forma, primordial aspecto para tratamento em saúde mental; considerando também o papel ocupado pelos profissionais e pela equipe de saúde.

Ao pensar sobre adesão ao tratamento, é necessário considerar não só fatores terapêuticos, mas também educativos, que estão relacionados aos pacientes. Para tanto, é preciso envolver aspectos referentes ao modo como o paciente reconhece e aceita suas condições de saúde. Além disso, é importante identificar fatores de risco no estilo de vida, intensificar o cultivo de hábitos e atitudes promotores de qualidade de vida e promover o desenvolvimento da consciência para o autocuidado.

A orientação, a informação, os esclarecimentos e a adequação dos esquemas terapêuticos ao estilo de vida do paciente são fundamentais para aumentar as probabilidades de adesão ao tratamento. Considera-se esses fatores importantes, pois, muitas vezes, a decisão de aderir ou não ao tratamento pode estar associada às percepções e compreensões que o paciente faz de si mesmo, de sua doença e de seu tratamento. A forma como é visto o papel do paciente no seu tratamento é refletida também na forma como são discutidos os fatores relativos ao paciente na adesão, incluindo a tentativa de compreensão de seus valores e crenças em relação à saúde, à doença e ao tratamento.

O papel dos profissionais e da equipe de saúde, por sua vez, é fundamental para estabelecer uma relação de confiança, que repercute na maneira como o paciente aceita o tratamento como um todo. O profissional de saúde influenciará na adesão na medida em que atingir o universo cultural do paciente e estabelecer com este um nível de comunicação e de relacionamento que sejam efetivos. Para tanto, percebe-se a importância de que as ações de saúde estejam centradas na pessoa e não exclusivamente nos procedimentos. Para que isso seja possível, considerar o contexto e momento de vida dos pacientes pode ser determinante para a elaboração de um planejamento eficiente de assistência à saúde.

Ressalta-se, por conseguinte, a importância de estudos que avaliem as estratégias utilizadas pelos profissionais de saúde no atendimento dos pacientes, bem como, investimentos para a capacitação profissional para tal atividade. É preciso, ainda, implementar novas estratégias nos serviços de saúde, que permitam aos pacientes expor suas dúvidas, seus anseios, dificuldades, opiniões e experiências relacionadas ao tratamento. Para tanto, tais estratégias, incluindo as educacionais, devem entender a adesão enquanto relação colaborativa e, acima de tudo, de co-responsabilidade, voltada para a



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

humanização dos pacientes e atrelada à sua realidade. Consolidar a concepção do homem em sua integralidade, portanto, amplia a compreensão do processo saúde/doença, o que possibilita pensar o homem de modo contextualizado.

REFERÊNCIAS

- Camargo-Borges, C. & Japur, M. (2008) Sobre a (não) adesão ao tratamento: ampliando sentidos de autocuidado. *Texto Contexto Enferm, Florianópolis*, Jan-Mar; 17(1): 64-71. Recuperado em 12 maio, 2012, em <http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n1/07.pdf>.
- Cardoso, L. & Galera, S. A. F. (2009) Doentes mentais e seu perfil de adesão ao tratamento psicofarmacológico. *Rev Esc Enferm USP*; 43(1): 161-7. Recuperado em 12 maio, 2012, em <http://www.scielo.br/pdf/reecusp/v43n1/21.pdf>.
- Cardoso, L.; Miasso, A. I.; Galera, S. A. F.; Maia, B. M. & Esteves, R. B. (2011) Grau de adesão e conhecimento sobre tratamento psicofarmacológico entre pacientes egressos de internação psiquiátrica. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 19(5) set.-out. Recuperado em 12 maio, 2012, em http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n5/pt_12.pdf.
- Cruz, L. P.; Miranda, P. M.; Vedana, K. G. G. & Miasso, A. I. (2011) Terapêutica medicamentosa: adesão, conhecimento e dificuldade de idosos com transtorno bipolar. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 19(4) jul.-ago. Recuperado em 12 maio, 2012, em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010411692011000400013&script=sci_arttext&tlng=pt.
- Klein, J. M. & Gonçalves, A. G. A. (2005) A adesão terapêutica em contexto de cuidados de saúde primários. *Psico-USF*, 10(2):113-120, jul./dez. Recuperado em 12 maio, 2012, em <http://www.scielo.br/pdf/pusf/v10n2/v10n2a02.pdf>.
- Leite, S. N. & Vasconcellos, M. P. C. (2003) Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8(3):775-782. Recuperado em 12 maio, 2012, em <http://www.scielo.org/pdf/csc/v8n3/17457.pdf>.
- Miasso, A. I.; Monteschi, M. & Giaccheri, K. G. (2009) Transtorno afetivo bipolar: adesão ao medicamento e satisfação com o tratamento e orientações da equipe de saúde de um núcleo de saúde mental. *Rev Latino-am Enfermagem*, 17(4), jul./ago. Recuperado em 12 maio, 2012, em http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n4/pt_18.pdf.



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

- Ribeiro, M. S.; Alves, M. J. M.; Vieira, E. M. M.; Silva, P. M. & Lamas, C. V. D. B. (2008) Fatores associados ao abandono de tratamento em saúde mental em uma unidade de nível secundário do Sistema Municipal de Saúde. *J Bras Psiquiatr.* 57(1):16-22. Recuperado em 12 maio, 2012, em <http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v57n1/v57n1a04.pdf>.
- Reiners, A. A. O.; Azevedo, R. C. S.; Vieira, M. A. & Arruda, A. L. G. (2008) Produção bibliográfica sobre adesão/não-adesão de pessoas ao tratamento de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(Sup2):2299-2306. Recuperado em 12 maio, 2012, em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232008000900034&script=sci_abstract&lng=pt.
- Silveira, L. M. C. & Ribeiro, V. M. B. (2005) Grupo de adesão ao tratamento: espaço de “ensinagem” para profissionais da saúde e pacientes. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, 16(9):91-104, set.2004/fev.2005. Recuperado em 12 maio, 2012, em <http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n16/v9n16a08.pdf>.



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Agentes comunitários de saúde: trabalho real x trabalho ideal

Rita de Cássia Maciazeki Gomes ¹

Lissandra Baggio ¹

Carolina Duarte ¹

Gianni Lauz Mauer ¹

Dinara Raquel Schwerz ¹

Liane Beatris Tesche Roedel ¹

Luciele Cristina Huber ¹

¹ Sociedade Educacional Três de Maio (SETREM)

RESUMO

O Programa de Saúde da Família [PSF], criado em 1994, a partir da consolidação do Sistema Único de Saúde [SUS] tinha o objetivo de fomentar a expansão da Atenção Básica de Saúde. Em 1998, este passou a ser intitulado Estratégia de Saúde da Família [ESF], justamente por seu caráter permanente de estratégia e não de um programa, sendo composto por uma equipe multiprofissional de médicos, enfermeiras, auxiliares de enfermagem, agentes comunitários de saúde [ACS], entre outros. Como o ACS pode ser considerado o principal mediador entre a comunidade e os serviços de saúde, suas ações têm sido foco na consolidação das políticas voltadas à Atenção Básica; o que torna indispensável a capacitação e instrumentalização desse profissional na atuação com a população em geral. Portanto, o presente artigo objetivou discutir os dados obtidos em uma oficina realizada num município da região noroeste do estado do Rio Grande do Sul, no segundo semestre de 2011, com oito ACS (sete mulheres e um homem), com idades entre 24 a 51 anos, que visou refletir sobre suas práticas profissionais. A oficina intitulada “Atribuições dos agentes comunitários de saúde” ocorreu de modo horizontal abordando os seguintes aspectos: a fundamentação legal das atribuições dos ACS, a demanda instaurada na comunidade, as dificuldades enfrentadas, e as expectativas reais e imaginárias de cada participante sobre o seu fazer. Para tanto se trabalhou com recortes de gravuras que simbolizavam o trabalho de ACS, formação de palavras-chave e discussão entre: aquilo



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

que fazem, o que está previsto em lei, e as práticas que eles e a população gostariam que realizassem. Os ACS trouxeram que seu trabalho ainda é desconhecido em sua amplitude tanto para a população, como, em alguns casos, para os profissionais da ESF, o que resulta em sua desmotivação e na desvalorização de suas ações. Surgiu também um distanciamento entre o trabalho real executado pelos ACS daquele que eles almejavam e que a comunidade deseja. Considerou-se a comunicação como um dos elementos fundamentais para a qualificação e bom funcionamento das ações em saúde, demonstrando a importância da criação de espaços de diálogo dentro da equipe, como a educação permanente, para discussão das questões, dúvidas e solicitações dos ACS à equipe do ESF. Os participantes se envolveram na atividade proposta, sendo que a metodologia utilizada (ênfase em: relações horizontais, instauração de espaço de acolhida, reflexão e trocas) contribuiu para eles se percebessem como coautores das atividades realizadas a âmbito do SUS.

Palavras chaves: Trabalho em grupo; Agentes Comunitários de Saúde; Saúde Pública.

INTRODUÇÃO

Pela instauração do Sistema Único de Saúde [SUS], foi possível observar consideráveis melhorias na qualidade de vida de muitos brasileiros. Isto porque, por meio de suas ações, o SUS intervém de forma significativa na vida da população, que passou a receber assistência em saúde gratuita. Além disso, a expansão da Atenção Básica possibilitou uma aproximação entre os profissionais de saúde e a comunidade, o que facilitou o contato com as necessidades da população, favorecendo a prevenção e promoção da saúde.

Entre ações de expansão da Atenção Básica de Saúde, no ano de 1994, surge o Programa Saúde da Família [PSF]. Ele teve início como uma proposta de implementação da Atenção Básica do governo federal aos municípios (Marques & Mendes, 2003), para desenvolver ações de atenção primária à saúde que promovessem a qualidade de vida e valorizasse o papel dos indivíduos no cuidado com sua saúde, de sua família e de sua comunidade (Escorel, Giovanella, Mendonça & Senna, 2007).



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Em 1998, o Programa Saúde da Família passou a ser intitulado Estratégia de Saúde da Família [ESF] justamente por seu caráter permanente de estratégia e não de um programa. Nunes, Trad, Almeida, Homem e Melo (2002), por sua vez, apontam que o ESF conta com uma equipe multiprofissional, composta por médico, enfermeiras, auxiliar de enfermagem, agentes comunitários de saúde, entre outros. O Agente Comunitário de Saúde [ACS] tem se destacado na consolidação da Atenção Básica ao estabelecer relações de trocas entre saberes populares de saúde e saberes médicos-científicos, pois ao mesmo tempo em que ele é integrante da comunidade em que atua (tendo familiaridade com a cultura local), interage com o restante da equipe do ESF, fazendo o papel de “tradutor” entre as partes (Lopes & Torres, 2003; Oliveira, Nachif & Matheus, 2003).

DESENVOLVIMENTO

Apesar do reconhecimento da importância que este profissional possui na execução dos objetivos da ESF, no concernente às suas atribuições ainda não há clareza na delimitação das ações que lhe competem, além da existência de sobrecarga e distorção de seu trabalho (Tomaz, 2002). Silva (2001, como citado em Silvia & Dalmaso, 2002) afirma que muitos ACS não dispõem de instrumentos, de tecnologia e saberes necessários para as diferentes dimensões esperadas do seu trabalho. Consequentemente, o profissional utiliza o senso comum, a religião e, mais raramente, os recursos e saberes das famílias e das comunidades.

Contudo, no que diz respeito à formação, o referencial curricular nacional do Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde elaborado pelo Ministério da Educação e pelo Ministério da Saúde, em 2004, objetiva preparar profissionais para atuar como técnicos junto às equipes multiprofissionais, capazes de desenvolver ações de cuidado e proteção à saúde de indivíduos e grupos sociais, em domicílios e coletividades. Este profissional deverá ser capacitado a fim de desenvolver ações de promoção de saúde e prevenção de doenças através de processos educativos em saúde, privilegiando o acesso às ações e serviços de informação e promoção social e de desenvolvimento da cidadania, no âmbito social e da saúde (Brasil, 2004).

Tendo em vista que os ACS tornam-se mediadores entre a comunidade e os serviços de saúde, valorizando e incorporando os saberes populares na construção de um



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

modelo menos medicalizado e mais inclusivo, é de extrema importância que o mesmo esteja devidamente preparado e instrumentalizado para atuar com a população em geral (Brigagão & Gonçalves, 2009). Assim, faz-se necessário conhecer a respeito do perfil destes trabalhadores e suas respectivas funções, a fim de elencar os principais pontos que carecem de modificações e assim, potencializar suas ações.

OBJETIVOS

Desse modo, este artigo objetivou discutir os dados obtidos em uma oficina realizada com ACS de um município da região noroeste do estado do Rio Grande do Sul que visou refletir sobre a prática profissional destes profissionais. Para tanto a oficina trabalhou a temática das atribuições dos agentes comunitários, abordando sua fundamentação legal, a demanda instaurada na comunidade, as dificuldades enfrentadas, e as expectativas reais e imaginárias de cada participantes sobre o seu fazer.

METODOLOGIA

Este estudo foi realizado a partir de um projeto de iniciação científica maior intitulado “*Oficinas com agentes comunitários de saúde: Reflexões sobre o cotidiano e qualificação da prática de trabalho*” que objetiva contribuir com a formação continuada e qualificação da prática de trabalho de Agentes Comunitários de Saúde. O projeto, que é coordenado pela Prof^a Ma. Rita de Cássia Maciazeki Gomes e faz parte do curso de Psicologia da Faculdade Três de Maio – SETREM, constitui-se na realização de entrevistas e cinco oficinas em grupo com os ACS. Para os objetivos do presente artigo apenas os dados obtidos em uma das cinco oficinas realizadas durante o segundo semestre de 2011 são apresentados.

Participantes

A oficina foi realizada com um grupo de oito Agentes Comunitários de Saúde atuantes em um ESF situado em um município da região noroeste do Estado do Rio



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Grande do Sul. Dentre os participantes, sete eram do sexo feminino, e um do sexo masculino, sendo que suas idades variaram entre 24 a 51 anos.

Instrumentos e Procedimentos

A organização e proposta disparadora da atividade foi planejada pelasicineiras a partir do assunto de interesse, trazido como demanda pelo grupo. Nesse sentido, buscou-se possibilitar um espaço aberto para trocas, reflexões, discussões e potencializações. Ressalta-se que, o grupo apresentou boa adesão a proposta, sendo que até mesmo uma agente que estava de férias veio para ESF para participar.

A temática abordada nesta oficina havia sido escolhida pelos próprios ACS. A oficina “Atribuições dos agentes comunitários de saúde” vem na sequência de uma entrevista individual e de uma primeira oficina para levantamento de dados, dúvidas, expectativas dos agentes para subsídio da elaboração da proposta de trabalho.

Neste encontro, em um primeiro momento se propôs aos participantes que encontrassem gravuras de revistas que simbolizavam o trabalho das ACS. Em seguida, estes foram convidados a verbalizar a relação simbólica entre a gravura e o seu fazer, criando-se assim, um grande painel com palavras-chave. Em um segundo momento, com todos de posse da Portaria Nº 1.886/1997, a qual especifica as atribuições das funções de ACS, passou-se à leitura desta, e a discussão do que nela consta, bem como o que está posto no fazer cotidiano, na prática idealizada pelos profissionais e pelo que a população traz como expectativa, ou seja, o que a comunidade gostaria que realizassem. Asicineiras procuraram manter uma postura de modo a fomentar e problematizar discussões sobre o que tem de real na execução desta função de ACS e o que tem de ideal, bem como, de potencializar o fortalecimento das atividades deste grupo, além de esclarecer alguns termos técnicos que aparecem na legislação e eram desconhecidos.

Questões Éticas

O projeto de pesquisa maior foi aprovado com parecer número 188.1/2011. pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos [CEPSH] da UNIJUÍ, atendendo à adequação de aspectos éticos de pesquisa conforme as resoluções nº 196, de 10 de outubro



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

de 1996, e nº 251 de cinco de agosto de 1997 do Ministério da Saúde e pela postura ética do profissional da Psicologia, atendendo as resoluções do Conselho Federal de Psicologia. Assim, os coordenadores das respectivas Unidades de Saúde e as Agentes Comunitárias de Saúde foram convidados a participar da pesquisa de forma voluntária, mediante Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foram tomados todos os cuidados a fim de garantir confidencialidade e sigilo das informações.

Análise dos dados

A análise dos dados foi realizada a partir do conteúdo emergido na oficina, registrado em diário de bordo e discutidos a partir dos pressupostos teóricos da pesquisa-intervenção (Passos & Barros, 2000; Rocha & Aguiar, 2003; Maraschin, 2004) sob enfoque da cartografia (Deleuze & Guattari, 1995; Rolnik, 2007; Romagnoli, 2009; Passos & Barros, 2010). Bem como, a partir da revisão da literatura sobre temática abordada.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A Oficina

A oficina, que ocorreu de modo horizontal, iniciou com a proposta de reflexão sobre o que está preconizado pela legislação quanto às atribuições dos ACS e as atividades realizadas no cotidiano de trabalho. Inicialmente foi pedido que os participantes procurassem imagens em revistas disponibilizadas pelasicineiras que simbolizassem o trabalho de ACS. Após a escolha, essas imagens foram recortadas e coladas em um papel pardo, neste momento cada ACS explicava o motivo pelo qual havia escolhido determinada imagem. A partir da fala dos integrantes do grupo, asicineiras selecionavam as palavras-chave sobre a explicação das gravuras e escreviam em outro papel pardo. Posteriormente, para a discussão entre aquilo que fazem e o que está previsto em lei, foi trazido cópias sobre o texto legal que prevê as atribuições do ACS e comparado com as gravuras e palavras-chave antes elaboradas. Ademais, no fim do encontro se refletiu sobre as práticas que eles e a população gostariam que realizassem.



Reflexões sobre as falas e imagens produzidas na oficina

Pelo relato dos ACS percebe-se uma proximidade entre seus fazeres reais e os previstos na legislação do SUS (Portaria Nº 1.886/1997). Porém há um distanciamento com o trabalho que desejariam desenvolver, sendo estes relacionados principalmente a atividades curativas, o que é explicitado por R. ao dizer que *“uma técnica deveria ir, digamos, meio dia comigo, porque eu tenho pessoas que estão acamadas, uma já está 12 anos acamada. É claro que a enfermeira e as técnicas a visitam, mas seria bom se fossem porque também existem as gestantes de risco e às vezes elas poderiam dar um suporte maior pra nós. A gente se sentiria mais segura”*. E L. diz que *“as técnicas podiam ensinar a gente a medir a pressão porque muita gente pede pra gente fazê isso[...]quando faz a VD já pode fazê isso. Mas a gente não pode e procura explicá isso pra eles, mas nem todo mundo entende”*.

A proposta contemporânea para promover a saúde da população estabelece um novo paradigma que se contrapõe a atenção individual do sujeito, da especialização, e do curativismo médico (Schmidt & Neves, 2010). Essa consiste em políticas e programas com ações voltadas a evitar a exposição da população aos fatores que levam ao adoecimento humano. Nesse sentido, o ACS por ser um dos moradores do bairro e da região, ter um bom relacionamento com as pessoas e conhecer as particularidades culturais e sociais do lugar consegue uma inserção privilegiada junto à comunidade. Além disso, a partir da execução de suas funções pode, dentre outras, encorajar discussões sobre a melhoria de vida, orientar para o uso adequado dos serviços de saúde bem como, informar os demais membros da equipe das necessidades e dinâmica social da comunidade (Silva & Dalmaso, 2002; Baralhas & Pereira, 2011). Schmidt e Neves (2010, p. 229) sobre o ACS colocam que *“trata-se de imaginar um profissional capaz de estabelecer pontes e vias de comunicação entre os modos de vida e saberes populares e as formas de cuidado e controle informadas pelos saberes científicos especializados”*.

O agente se vê imbricado em um trabalho que vai além de suas competências e possibilidades de resolução. Como seu trabalho não atende às demandas da população, esta não reconhece a qualidade das ações do ACS, nem os esforços que faz para realizá-las, independentemente dos resultados alcançados, e exige dele uma atuação efetiva, resolutiva. Essa cobrança é fortalecida pelo constante contato que os moradores da comunidade



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

mantêm com o agente, ao frequentarem os mesmos espaços sociais e terem acesso à sua casa, e ao considerarem ele vizinho, antes mesmo de ACS (Jardim & Lancman, 2009).

No que se refere a própria equipe Bachilli, Scavassa e Spiri (2008) apontam que muitos são os profissionais de saúde, principalmente do Sistema Único de Saúde, que desconhecem a amplitude e a profundidade das ações desempenhadas pelos ACS. Na presente pesquisa os participantes da oficina salientaram a dificuldade de comunicação com a equipe, como expresso nas falas de M. *“Acho que a gente tem que ter uma palavra única. Todo mundo falar a mesma linguagem e todo mundo trabalhar a mesma coisa. Tem que se fazer um tratado... uma palavra única, todo mundo fazer a mesma coisa”*; e de E. *“Muitas vezes a gente fica sabendo de uma informação nas visitas, quando o pessoal pergunta pra gente sobre alguma coisa que ouviu no rádio e nós ficamos sem saber o que dizê porque não fomos comunicados e daí tem pessoas que reclamam, que o nosso trabalho não serve pra nada. A gente se sente muito mal, fica descreditado”*. Essa última fala refere-se às situações recorrentes de problemas comunicacionais na equipe em que os ACS ficam sabendo pelos próprios usuários notícias referentes às informações em saúde que eles deveriam repassar. Este fato, na visão dos participantes gera um descrédito pela população do trabalho realizado pelo ACS, o que vai de encontro com o fato do ACS exercer um papel de porta-voz da comunidade, ajudando a dar respostas às necessidades da população, desenvolvendo ações que visam à melhoria da vida das famílias sob sua responsabilidade (Jorge, Albuquerque, Pequeno, Assis & Guimarães, 2007). Contrariamente a essa função, os participantes também trouxeram que a equipe de ESF dá maior importância ao cumprimento estabelecido de metas, ao número de visitas, em detrimento da qualidade das visitas.

O clima no ambiente de trabalho influencia no comportamento dos membros de uma equipe, podendo afetar os seus níveis de motivação e satisfação no trabalho. Nesse sentido, a comunicação é fundamental, pois possibilita a integração entre as pessoas da equipe, reduz os conflitos e ajuda na motivação, facilitando o alcance dos objetivos individuais e coletivos, além de promover o comprometimento das pessoas com suas atividades. Quando há uma boa comunicação ocorre o compartilhamento de informações, ideias, fatos, pensamentos, valores e sentimentos entre as pessoas (Pimenta e Santinello, 2008). Se isso não acontece, corre-se o risco de fazer tornar mecanizado e um mero cumprimento de metas que podem culminar em insucesso (Pitta & Riverra, 2006), pois o que se verifica é



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

uma “*concepção organizacional*” baseada em um modelo de gestão ultrapassado, que utiliza estratégias centradas na recompensa associada ao desempenho esperado (Tamayo & Paschoal, 2003). É necessário, então, a construção de um trabalho em rede e interdisciplinar, abrindo as possibilidades para a interação social entre os integrantes da equipe, com maior flexibilidade dos diferentes poderes, horizontalizando relações e integrando os diferentes sujeitos, ainda que se reconheçam os conflitos e contradições inerentes ao processo de construção coletiva (Jorge *et al*, 2007).

Nesse sentido, as “*metas de produtividade*” (Schmidt & Neves, 2010) colocadas para os ACS são sinalizadas como um impeditivo da qualidade e atenção nas visitas domiciliares, pois o tempo de permanência nas casas é reduzido, impedindo as conversas e a abertura para as possibilidades de planejamento de ações coletivas. Com a valorização da quantidade de visitas que devem ser feitas mensalmente o contato dos agentes com as famílias é cada vez mais breve e o profissional se sente pressionado neste fazer. Durante as discussões e reflexões na oficina, sobre a desvalorização da população para com o trabalho do ACS, surgiu por parte do grupo a proposta de se fazerem encontros na perspectiva da educação permanente nos quais pudessem ser trabalhados temas mensais para se trabalhar com a comunidade. Lembrou-se de que a atividade já existia e trazia bons resultados.

Percebeu-se que a falta de um respaldo da população e dos demais profissionais que atuam na ESF e um modelo hospitalocêntrico predominante na visão social, acarretam em uma desvalorização dos ACS, que acabam se sentindo à margem do referido programa e idealizam poder realizar atividades que não são de suas atribuições. R. diz: “*Tem famílias que tem problemas com os filhos adolescentes...não sabem explicá muitas coisas sobre a sexualidade e vem perguntá pra mim. Eu falei algumas coisa, mas a gente tinha que trabalhá alguns temas na equipe, assim como já se fazia quando a outra enfermeira ainda tava aqui. E depois reuni o pessoal pra falá, explicá muitas coisa. M. fala sobre outra dificuldade: “ A gente tem que sabê fazê de tudo, até ensiná uma moça que casô a tê relação com o marido. E pra ele a gente tinha que dizê que tinha que tê paciência e sê carinhoso. Se a gente fosse preparado pra isso ia sê melhor”.*

CONCLUSÃO



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Constatou-se de que essa oficina proporcionou o compartilhamento de informações e saberes o que promoveu reflexões e novos modos de significação do trabalho de ACS, levando em conta as potencialidades individuais de cada um e do grupo. Os participantes apontaram que realização de espaços como desta oficina contribuem de modo significativo para o andamento do trabalho. O fazer cotidiano do trabalho do ACS, mostra-se ainda desconhecido, em sua amplitude para a população e, em alguns casos, também para os profissionais do ESF. Em decorrência disso apareceram a desmotivação do ACS e a desvalorização de suas ações, além disso, pode-se afirmar que o trabalho real executado pelos ACS mostra-se distante do que eles almejavam e que a comunidade deseja.

A comunicação foi mencionada como um dos elementos fundamentais para a qualificação, bem como o bom funcionamento das ações em saúde. Aponta-se como elementar a criação de espaços de diálogo, dentro da equipe, de modo dar vazão e encaminhamento para as questões, dúvidas e solicitações pautadas pelos ACS. Entre elas, a sugestão da criação (neste caso retomada) de espaços de educação permanente, os quais venham auxiliar a reflexão teórico-prática e embasamento das intervenções junto a comunidade.

Por fim, entende-se que a adesão a oficina foi positiva de modo que os ACS mostraram-se participativos e interagiram frente a atividade proposta. Salienta-se que a partir da metodologia utilizada que prioriza relações horizontais, a instauração de espaço de acolhida, reflexão e trocas contribuiu de modo a levá-los a se perceberem como co-autores das atividades realizadas a âmbito do SUS.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bachilli, R. G. , Scavassa, A. J. & Spiri, W.C. (2008). A identidade do agente comunitário de saúde: uma abordagem fenomenológica. *Ciência e Saúde Coletiva*, 13(1), 51 – 60.
- Baralhas, Marilisa, & Pereira, Maria Alice Ornellas(2011) Concepções dos agentes comunitários de saúde sobre suas práticas assistenciais. *Physis Revista de Saúde Coletiva*,, 21(1), 31-46.
- Brasil, Ministério da Saúde, Ministério da Educação, (2004). *Referencial curricular para curso técnico de agente comunitário de saúde: área profissional saúde*. Brasília.



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

- Brigagão, J. I. M. & Gonçalves, R. (2009). Oficinas de promoção de saúde: discutindo os dilemas do cotidiano de um grupo de agentes comunitárias de saúde. *Paideia*, 19(44), 387-393.
- Camargo – Borges, C. & Cardoso, C. L. (2005). A Psicologia e a Estratégia de Saúde da Família: compondo saberes e fazeres. *Psicologia & Sociedade*, 17(2), 26-32.
- Deleuze, G. & Guattari, F. (1995). *Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia. Vol. 1*. São Paulo: Editora 34.
- Escorel, S., Giovanella, L., Mendonça, M. H. M. & Senna, M. de C. M. (2007). O Programa de Saúde da Família e a Construção de um novo modelo para a Atenção Básica no Brasil. *Revista Panamericana de Salud Publica*, 21(2), 164-176.
- Jardim, T. A. & Lancman, S. (2009). Aspectos subjetivos do morar e trabalhar na mesma comunidade: a realidade vivenciada pelo agente comunitário de saúde. *Interface – Comunic, Saúde, Educ*, 13(28), 123-135.
- Jorge, M. S. B., Albuquerque, K. M., Pequeno, L. L., Assis, M. M. A. & Guimarães, J. M. X. (2007). Concepções dos agentes comunitários de saúde sobre sua prática no Programa de Saúde da Família. *Revista APS*, 10(2), 128-136.
- Lopes, B. C. & Torres, Z. F. (2003). O Agente Comunitário de Saúde: hoje, uma categoria profissional de fato e de direito. *Revista APS*, 6(1), 1-2.
- Maraschin, C. (2004). Pesquisa reintervir. *Psicologia & Sociedade*, 16(1), 98 – 107.
- Marques, R. M. & Mendes, A. (2003). Atenção Básica e Programa de Saúde da Família (PSF): novos rumos para a política de saúde e seu financiamento? *Ciência e saúde coletiva*, 8(2), 403-415.
- Nunes, M. de O., Trad, L. B., Almeida, B. de A., Homem, C. R. & Melo, M. C. I. de C. (2002). O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. *Cad. Saúde Pública*, 18(6), 1639 - 1646.
- Oliveira R. G., Nachif M. C. A. & Matheus, M. L. F. (2003). O trabalho do agente comunitário de saúde na percepção da comunidade de Anastácio, Estado do Mato Grosso do Sul. *Acta. Scientiarum Health Sciences*, 25(1), 95-101.
- Passos, E. & Barros, R. B. (2000). A construção do plano da clínica e o conceito de transdisciplinaridade. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 16(1), 71-79.
- Passos, E. & Barros, R. B. (2009). A cartografia como método de pesquisa-intervenção. In: E. Passos, V. Kastrup & L. Escóssia. *Pistas do método da cartografia: pesquisa-*



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

intervenção e produção de subjetividade. (Cap.1, pp. 17 -31) Porto Alegre, RS: Sulina.

- Passos, E., Kastrup, V. & Escossia, L. (2009). *Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade.* Porto Alegre, RS: Sulina.
- Pimenta, S, M. & Santinello, J. (2008) Relacionamento humano e motivação no trabalho docente. *Revista eletrônica lato senso - UNICENTRO*, 6, 1980-6116.
- Pitta, A. M. da R. & Rivera, F. J. U. (2006). Sobre pontos de partida: planejamento em comunicação e integralidade da atenção em saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 10(20), 395-410.
- Rocha, M. L. & Aguiar, K. F. (2003). Pesquisa-intervenção e a produção de novas análises. *Psicologia Ciência e Profissão*, 23(4), 64 -73.
- Rolnik, S. (2007). *Cartografia Sentimental: transformações contemporâneas do desejo.* Porto Alegre, RS: UFRGS Editora.
- Romagnoli, R. C. (2009) A cartografia e a relação pesquisa e vida. *Psicologia & Sociedade*, 21(2), 166 -173.
- Schmidt, M. L. S. & Neves, T. F. S. das. (2010). O trabalho do agente comunitário de saúde e a política de atenção básica em São Paulo, Brasil. *Cadernos de Psicologia Social do Trabalho*, 13(2), 225-240.
- Silva, J. A. & Dalmaso, A. S. W. (2002). O agente comunitário de saúde e suas atribuições: os desafios para os processos de formação de recursos humanos em saúde. *Interface – Comunic, Saúde, Educ*, 6(10), 75-83.
- Tamayo, A. & Paschoal, T. (2003). A relação da motivação para o trabalho com as metas do trabalhador. *Rev. adm. Contemp.*, 7(4), 33 – 54.
- Tomaz, J. B. C. (2002). O agente comunitário de saúde não deve ser um “super-herói”. *Interface – Comunic, Saúde, Educ*, 6(10), 84 -87.



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

**Amamentação da gestante adolescente:
Fatores relacionados ao desmame precoce**

Danielle da Costa Souto ¹

Márcia Elisa Jager ¹

Ana Cristina Garcia Dias ¹

¹ Universidade Federal de Santa Maria (UFSM)

RESUMO

Estudos têm se preocupado em discutir sobre fatores que tornam adolescentes vulneráveis à gestação e as implicações de uma gravidez e maternidade nesse período do desenvolvimento. Porém, alguns fenômenos relacionados à maternidade no período como a amamentação natural (através do seio materno) ainda são poucos investigados. O objetivo desse trabalho é identificar o que está sendo publicado sobre amamentação realizada por mães adolescentes. Realizou-se uma breve revisão não sistemática da literatura nacional sobre o tema. Os estudos encontrados foram organizados em dois grandes temas: (1) Fatores que influenciam na amamentação adolescente e (2) Fatores que contribuem para a ocorrência do desmame precoce. Conclui-se que as vantagens da amamentação e as desvantagens do desmame precoce devem ser trabalhadas com as jovens mães, visando uma conscientização das mesmas sobre a importância da amamentação para o desenvolvimento físico e psíquico do lactente. Contudo, estas informações devem ser trabalhadas levando-se em consideração a idade e o contexto sócio-cultural das mães, uma vez que um estudo demonstrou que a falta ou sobrecarga de informações, especialmente trabalhadas de maneira muito técnica, pode levar a ocorrência do desmame precoce.

Palavras-chave: Amamentação; Adolescência; Desmame precoce.



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

INTRODUÇÃO

A situação de gravidez e maternidade na adolescência podem ser consideradas como problemas de saúde pública, uma vez que podem trazer riscos tanto para o desenvolvimento biopsicossocial do adolescente, quanto para o desenvolvimento do bebê (Dias & Teixeira, 2010; Levandowsky, Piccinini & Lopes, 2008). Durante este período de vida, espera-se que a jovem experimente diversos papéis, estude e se prepare para o desenvolvimento de sua vida profissional e adulta, além de poder “aproveitar a vida” durante essa fase do desenvolvimento como em nenhuma outra (Pantoja, 2003). Assim, uma gestação durante essa fase seria considerada um risco a mais para a jovem, que já está passando por uma “fase conturbada”, repleta de mudanças. Aliás, autores afirmam que gestar nesse período seria viver uma sobreposição de crises desenvolvimentais – a crise da adolescência e a crise da gravidez (Erikson, 1996; Maldonado, 1997).

Estudos têm se preocupado em discutir sobre os fatores que tornam adolescentes vulneráveis à gestação e as implicações que a gravidez e a maternidade trazem para na vida das adolescentes (Patias, Jager, Fiorin & Dias, no prelo; Andrade, Ribeiro & Ohala, 2009; Esteves & Menandro, 2005; Dias & Teixeira, 2010). Além disso, discussões sobre a gravidez na adolescência como um problema de saúde caracterizam as pesquisas sobre a temática, nas últimas décadas (Patias, Jager, Fiorin & Dias, 2011). Porém, fenômenos como a amamentação natural (através do seio materno), que acompanham o processo de maternidade de muitas jovens mães, ainda são poucos investigados na área da Psicologia. Isso foi constatado através da busca para selecionar artigos para o desenvolvimento desse trabalho.

A atenção ao processo de amamentação se inicia no período pré-natal, sendo este um momento importante para que sejam fornecidas orientações sobre aleitamento materno. Estas informações serão importantes para o desenvolvimento adequado do recém-nascido e lactente (Ramos & Almeida, 2003). No processo de amamentação natural está se tornando frequente o desmame precoce. Este acontece quando a mãe deixa de amamentar o seu filho antes dos seis meses de idade, quando é recomendada a amamentação como forma exclusiva de alimentação do bebê (Ministério da Saúde, 2007). Segundo King (2001), muitas mães amamentam seus filhos durante 4 ou 6 meses de idade, porém um número crescente de mulheres muda para a alimentação artificial após poucas semanas de vida do



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

bebê. O leite materno está sendo substituído, cada vez mais cedo, pela mamadeira e suplementos alimentares. Esse autor chama atenção para as consequências disto para o desenvolvimento saudável da criança.

Na amamentação realizada por adolescentes, segundo Lacerda e Maia (2006), o principal fator que causa o desmame precoce está relacionado à queixa sobre a falta de leite, ou que o leite está enfraquecido, o uso desses argumentos ocasionam a suspensão da amamentação logo nas primeiras semanas de vida do bebê. Outros fatores ainda são levados em consideração para a ocorrência do desmame precoce, na adolescência: baixa escolaridade da mãe, baixo nível socioeconômico, desnutrição materna e pouco tempo de acompanhamento pré-natal. A realização de um bom acompanhamento pré-natal é um importante fator para que a amamentação aconteça de forma satisfatória. Através dele é possível que a mãe adquira conhecimentos sobre os benefícios que a amamentação pode trazer para si e para o bebê (Lacerda & Maia, 2006).

OBJETIVO

Identificar o que está sendo publicado sobre amamentação na adolescência e a ocorrência do desmame precoce, em estudos na área da Psicologia.

MÉTODO

Foi realizada uma breve revisão da literatura, de forma não sistemática, sobre aleitamento materno em mães adolescentes e a ocorrência do desmame precoce, visando compreender como estes fenômenos estão sendo entendidos por alguns pesquisadores da área. Em um primeiro momento, foram identificados artigos sobre amamentação na adolescência através do Google acadêmico, no mês de abril de 2012, através dos buscadores amamentação/aleitamento materno na adolescência. A qualificação das revistas onde os mesmos estavam indexados foi verificada no portal webqualis (<http://qualis.capes.gov.br/webqualis/>), para garantir a cientificidade do estudo. Buscou-se identificar reflexões dos autores sobre os fenômenos em estudos empíricos, publicados na última década. Nem todos os artigos lidos trouxeram questões da amamentação na adolescência relacionadas com o desmame precoce, sendo excluídos do estudo. Foram



analisados 4 artigos, tendo seus conteúdos organizados em dois eixos temáticos: (1) Fatores que influenciam na amamentação adolescente e (2) Fatores que contribuem para a ocorrência do desmame precoce.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

1) Fatores que influenciam na amamentação adolescente

A amamentação na adolescência é influenciada por diversos fatores. Em um estudo realizado com 5 mães adolescentes, que teve com o objetivo a promoção do aleitamento materno através da verificação de fatores que contribuem e dificultam a amamentação, foram identificados alguns aspectos importantes. O apoio familiar recebido e o conhecimento sobre técnicas de amamentação, posições, massagens no seio para estimular o leite e a aquisição de experiência foram citadas como fatores que contribuem para a ocorrência da amamentação e evitam o desmame precoce. O acesso a este tipo de informação pode acontecer através de Unidades Básicas de Saúde locais, familiares ou hospitais (Sepka, Gaspareto, Fernandes e Silva & Mascarenhas, 2009).

Os dias de permanência no hospital, após o parto, e as informações sobre amamentação fornecidas neste local também aparecem como fatores capazes de influenciar na amamentação, conforme dados encontrados por Frota e Marcopito (2004). Estes autores entrevistaram 237 mães adolescentes e 239 mães adultas com o objetivo de avaliar fatores relacionados à ocorrência do desmame precoce. Os resultados encontrados enfatizaram que mães adolescentes amamentam durante menos tempo seus filhos quando comparadas às mães adultas, devido a fatores como: a existência de vida conjugal e somente terem como atividade fora de casa, os estudos. Além disso, mostram que um fator importante para a continuidade da amamentação, em mães adolescentes, é o incentivo desta prática, ainda em ambiente hospitalar, após o parto. Segundo este estudo, as mães adolescentes apresentam maior dificuldade na amamentação durante os primeiros dias após o parto, onde o auxílio especializado pode contribuir de forma positiva.

Resultados semelhantes foram encontrados por Saes, Golderg, Ondani, Valarelli e Carvalho (2006), em seu estudo sobre o conhecimento de mães adolescentes e adultas sobre aleitamento materno realizado com 61 puérperas. O autor constatou a ausência de



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

diferenças significativas entre os conhecimentos das mães adultas e mães adolescentes, sobre amamentação e seus benefícios para a díade mãe-bebê. É importante destacar que os dois grupos mostraram ter algum conhecimento sobre aspectos nutricionais e técnicas de oferta ⁵ durante as mamadas. Porém, conhecimentos sobre benefícios biológicos e psicológicos da amamentação, para a díade mãe-bebê, apareceram pouco conhecidos.

Em um estudo realizado com 80 puérperas adolescentes, no qual o objetivo era relatar a prática da amamentação vivenciada pelas jovens, destacou-se a relevância de informações sobre o aleitamento materno para mães adolescentes. As adolescentes deste estudo relatam que foram orientadas durante a gestação quanto à importância da amamentação, tanto nas consultas pré-natais quanto em cursos oferecidos para gestantes. Os benefícios deste tipo de informação contribuíram para realização de uma amamentação mais segura (Camarotti, Nakano, Pereira, Medeiros & Monteiro, 2011).

O papel da equipe de saúde no incentivo à prática da amamentação, principalmente em mães adolescentes, é fundamental. É importante que os atendimentos e as informações sobre amamentação sejam estendidos às casas das adolescentes, com o intuito de proporcionar um melhor acompanhamento do processo de aleitamento materno, após a alta hospitalar (Sepka *et al.*, 2007; Camarotti *et al.*, 2011).

2) Fatores que contribuem para a ocorrência do desmame precoce

O desmame precoce, na maternidade adolescente, pode ser favorecido por diferentes fatores. Muitas mães desmamam seus filhos por problemas relacionados à mama, como a dor e a fissura mamilar. Outras, por não atribuírem um significado pessoal à amamentação ou ainda por não reconhecerem os benefícios do aleitamento materno para si e para o bebê (Sepka *et al.*, 2007). Além disso, a introdução de outros alimentos e líquidos, principalmente chás e água, no período de aleitamento materno, incentivado pelas mães das adolescentes aparece como um fator estimulador do desmame precoce (Saes *et al.*, 2006).

No estudo de Frota e Marcopito (2004), a existência ou não de vida conjugal das mães adolescentes e o retorno à escola podem incentivar o desmame precoce. Mães

⁵ Segundo o Ministério da Saúde (2007) técnicas de oferta se caracterizam pelas maneiras de colocar o bebê no peito, quando oferecer o peito e como terminar a mamada.



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

adolescentes que mantiveram o relacionamento conjugal podem realizar o desmame de seus filhos mais cedo do que as estão sem um parceiro. Isto acontece devido o retorno da vida sexual ativa. Da mesma forma, o retorno à escola após o parto pode contribuir para a ocorrência do desmame precoce. Ao cumprir os horários escolares, as avós ou até mesmo as adolescentes podem inserir outros alimentos e líquidos para suprir a falta do leite materno durante o período escolar.

Camarotti *et al.* (2011) discutem esses e outros motivos para a ocorrência do desmame precoce. O retorno ao trabalho, o “não gostar de amamentar” e a qualidade das informações sobre o aleitamento materno, recebidas no hospital, após o parto, aparecem como principais motivos. O retorno ao trabalho contribui para o desmame precoce quando as mães sentem a necessidade de retornar ao trabalho devido dificuldades financeiras. Muitas mães adolescentes podem encontrar-se já inseridas no mercado de trabalho ao engravidarem, deixando a amamentação de lado por não conseguirem segui-la durante os meses recomendados. Sentimentos de desprazer na amamentação, relatados pelas adolescentes deste estudo, justificaria o “não gostar de amamentar”. Algumas mães já passaram por experiências mal-sucedidas de amamentação e podem relacioná-las a sentimentos e experiências negativas, como dores recorrentes de fissuras mamilares e a ocorrência de leite empedrado ou enfraquecido. Quanto à qualidade de informação recebida sobre a amamentação, no hospital, as autoras enfatizam a ocorrência de muitas informações para o pouco tempo de internação pós-parto. Propõem que essas informações possam ser fornecidas também após a alta hospitalar, fazendo-se visitas e orientações domiciliares (Camarotti *et al.*, 2011).

Camarotti *et al.* (2011) discutem que algumas vezes as mães adolescentes recebem rótulos pré-concebidos quanto a própria incapacidade de cuidar do filho, devido as características da adolescência, como o egocentrismo e problemas de autoimagem. Esta maneira de ver a maternidade adolescente pode dificultar o processo de amamentação. De fato, Saes *et al.* (2006) consideram que a amamentação e a ocorrência do desmame precoce parece não ser fortemente influenciado pela idade da mãe. A qualidade das informações sobre a amamentação e seus benefícios, fornecidas pela equipe de saúde e o apoio familiar recebido durante o processo de aleitamento materno parecem causar maior impacto na ocorrência deste fenômeno.



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

CONCLUSÕES

Vários são os fatores que interferem na amamentação e na ocorrência do desmame precoce durante a adolescência. A situação conjugal da adolescente mãe, o apoio familiar e as informações fornecidas pela equipe de saúde sobre a amamentação e seus benefícios para a díade mãe-bebê podem funcionar tanto como fatores de risco para a ocorrência do desmame precoce quanto de proteção para a permanência da situação de amamentação.

Quanto ao desmame precoce, as principais variáveis que o favorecem são: relacionamento conjugal, introdução de alimentos e líquidos durante o período em que se recomenda somente a amamentação exclusiva (até os seis meses de idade do bebê) e a falta de informações ou a sobrecarga dessas em relação à prática. Destes, a oferta de líquidos e outros alimentos parecem ser os principais fatores que causam o desmame precoce. Isso ocorre, muitas vezes, por se pensar que o alimento provido pela mãe não é suficiente para o desenvolvimento do bebê. Com isso, pode-se ressaltar também um segundo aspecto destacado nos estudos, que é a falta de informações sobre os benefícios da amamentação para a díade mãe – bebê. As queixas tanto das mães adolescentes como das mães adultas referentes às informações recebidas sobre amamentação referem-se a estas terem sido ofertadas pelos profissionais de saúde somente no período pós-parto.

Isso pode levar, conforme mostram os estudos, ao desconhecimento de aspectos presentes na amamentação: possíveis problemas na mama; possíveis técnicas de oferta; importância da amamentação para o estímulo do vínculo mãe – bebê; benefícios nutricionais, fonoaudiológicos e biológicos do leite materno para o desenvolvimento do bebê. Destaca-se então, a importância de se devolver outras maneiras de distribuir informações sobre o aleitamento materno, que consigam atingir as mães, de forma clara e objetiva. É importante que possíveis dificuldades no processo de aleitamento materno sejam ditas para as mães. Técnicas de prevenção para a fissura mamilar e leite empedrado sejam amplamente divulgadas em serviços de atendimentos pré-natais. As vantagens da amamentação e as desvantagens do desmame precoce devem ser trabalhadas, visando uma conscientização da importância da amamentação para o desenvolvimento físico e psíquico do lactente. Porém, chama-se atenção para que estas informações sejam trabalhadas levando em consideração a idade e o contexto sócio-cultural das mães. A falta de informação ou a sobrecarga dela pode levar a ocorrência do desmame precoce, muitas



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

vezes porque as informações são transmitidas de maneira pouca clara e de forma muito técnica, não se adequando às mães.

REFERÊNCIAS

- Andrade, P. R., Ribeiro, C. A. & Ohara, C. V. S. (2009). Maternidade na adolescência: sonho realizado e expectativas quanto ao futuro. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 30 (4), 662-668.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. (2007). *Promovendo o aleitamento materno* (2a ed. rev.). Brasília: Total Editora.
- Camarotti, C. M., Nakano, A. M. S., Pereira, C. R., Medeiros, C. P. & Monteiro, J. C. S. (2011). Perfil da prática da amamentação em grupo de mães adolescentes. *Acta Paulistana de Enfermagem*, 24 (1), 55-60.
- Dias, A. C. & Teixeira, M. A. (2010). Gravidez na adolescência: um olhar sobre um fenômeno complexo. *Paidéia*, 45 (20), 123-131.
- Erikson, E. (1976). *Infância e sociedade*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Esteves, J. R. & Menandro, P. R. (2005). Trajetórias de vida: repercussões da maternidade adolescente na biografia de mulheres que viveram tal experiência. *Estudos de Psicologia*, 10 (3), 363-370.
- Frota, D. A. & Marcopito, L. F. (2004). Amamentação entre mães adolescentes e não-adolescentes, Montes Claros, MG. *Revista de Saúde Pública*, 38 (1), 85-92.
- Gigante, D. P., Victora, C. G. & Barros, F. C. (2000). Nutrição materna e duração da amamentação em uma coorte de nascimento de Pelotas, RS. *Revista de Saúde Pública*, 34 (3), 259-265.
- King, F. S. (2001). *Como ajudar as mães a amamentar* (4a ed.). Brasília: Ministério da Saúde.
- Lacerda, S. M. M. & Maia, E. R. (2006). Aleitamento materno entre mães adolescentes: um estudo sobre desmame na atenção básica, Iguatu - CE. *Caderno de Cultura e Ciência*, 1 (1), 446-459.
- Levandowsky, D. & Piccinini, C., Lopes, R. (2008). Maternidade adolescente. *Estudos de Psicologia*, 25 (2), 251-263.



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

- Maldonado, M. T. (1997). *Os construtores da paz: caminhos da prevenção da violência*. São Paulo: Moderna.
- Pantoja, A. (2003). “Ser alguém na vida”: uma análise sócio-antropológica da gravidez/maternidade na adolescência, em Belém do Pará, Brasil. *Cadernos Saúde pública*, 19 (2), 335 - 343.
- Patias, N. D., Jager, M. E., Fiorin, P. C. & Dias, A. C. G. (no prelo). Gestações na adolescência: multiplicidade de experiência em uma unidade básica de saúde de Santa Maria/RS. *Interthesis*, 9 (1).
- Patias, N. D., Jager, M. E., Fiorin, P. C. & Dias, A. C. G. (2011). Construção histórico social da adolescência: implicação na percepção da adolescência como um problema. *Contexto e Saúde*, 10 (20), 205-214.
- Ramos, C. V. R. & Almeida, J. A. G. (2003). Alegações maternas para o desmame: estudo qualitativo. *Jornal de Pediatria*, 79 (5), 385-390.
- Saes, S. O., Goldberg, T. B. L., Ondani, L. M., Valarelli, T. P. & Carvalho, A. P. (2006). Conhecimento sobre amamentação: comparação entre puérperas adolescentes e adultas. *Revista Paulista de Pediatria*, 24 (2), 121-126.
- Sepka, G. C., Gasparelo, L., Fernandes e Silva, A. B. & Marcarenhas, T. T. (2007). Promoção do aleitamento materno com mães adolescentes: acompanhando e avaliando essa prática. *Cogitare Enfermagem*, 12 (3), 313-322.
- Vieira, M. L. F., Silva, P. J. L. C. & Barros Filho, A. A. (2003). A amamentação e alimentação complementar de filhos de mães adolescentes são diferentes de filhos de mães adultas? *Jornal de Pediatria*, 79 (4), 317-324.



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Ambiente de convivência no processo de acolhimento de um Capsi

Paula Argemi Cassel ¹

Maristela Jaqueline Reis Peixoto ²

Gabriela Zuchetto ²

Natália de Andrade de Moraes ²

Hericka Zogbi Jorge Dias ²

¹ Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS)

² Universidade Federal de Santa Maria (UFSM)

RESUMO

O presente trabalho faz parte de um projeto de pesquisa e extensão chamado PROCONVIVE – Projeto de implantação de um espaço de convivência permanente para crianças usuárias do CAPS infantil da cidade de Santa Maria, RS, e avaliação do impacto da intervenção terapêutica em usuários e funcionários do CAPSi. Este projeto é financiado pelo edital PPSUS FAPERGS 02/2009, sob nº de processo 09/0098-2. Este trabalho se constitui em um estudo qualitativo que anseia auxiliar no processo de avaliação psicológica e no processo terapêutico de crianças e adolescentes usuários de um CAPS infantil, através de uma intervenção denominada “implantação de um espaço de convivência” parte integrante do que entendemos por clínica ampliada (BRASIL, 2009) nos atendimentos à saúde mental. Assim, pretende-se, aqui, apresentar dados parciais relativos às intervenções realizadas em ambiente de convivência no primeiro momento do acolhimento do usuário do serviço, ou seja, quando o usuário se encontra em processo de avaliação biopsicossocial com o intuito de se decidir se este indivíduo permanece no CAPSi e quais dispositivos terapêuticos irá se inserir ou qual a melhor indicação de outro serviço para atendê-lo em suas necessidades.

Palavras-chave: Ambiente de convivência; Acolhimento; CAPSi.

INTRODUÇÃO



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

O presente trabalho faz parte de um projeto de pesquisa e extensão do Grupo de Pesquisa Psicologia das Relações e Saúde, denominado PROCONVIVE – Projeto de implantação de um espaço de convivência permanente para crianças usuárias do CAPS infantil da cidade de Santa Maria, RS, e avaliação do impacto da intervenção terapêutica em usuários e funcionários do CAPSi. Este projeto é financiado pelo edital PPSUS FAPERGS 02/2009, sob nº de processo 09/0098-2.

A inserção neste serviço foi pensada tanto na demanda que este apresentava como na literatura. Pesquisas atuais apontam para uma prevalência de problemas de saúde mental na infância, variando de 10 a 20% (HALPERN; FIGUERAS, 2004). Na mesma direção, atenta-se para a incidência de 10 a 20% de transtorno mental comum na infância e juventude, os quais não abarcam os sintomas psicóticos (FLETCHER; GOODMAN, 2002; FEITOSA *et al.*, 2011; ANSELMINI *et al.*, 2008). Estes últimos, por sua vez, juntamente com outros de maior gravidade, ocorrem em uma porcentagem de 1 a 4%, iniciando geralmente antes dos 15 anos de idade (TENGAN; MAIA, 2004).

Neste trabalho, serão apresentados resultados parciais concernentes à intervenção proposta pela pesquisa no momento de acolhimento. Desse modo, o trabalho se refere à proposta de implantação de um espaço de convivência para as crianças e adolescentes usuárias, bem como para seus cuidadores, do Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil (CAPSi) no que tange ao processo de acolhimento no instante em que chegam ao serviço. A intervenção se realizou no sentido de avaliação para decisão de esta pessoa se inseriria ao CAPSi ou se iria para outro serviço de saúde mental.

O acolhimento constitui todos os encontros do serviço de saúde, sendo uma diretriz da Política Nacional de Humanização (PNH), não possuindo lugar certo, horário adequado e profissional correto para fazê-lo. O acolhimento é a recepção do usuário do serviço de saúde. Caracteriza-se por uma postura ética que implica na escuta do usuário desde sua entrada no serviço em suas queixas, possibilitando que ele exprima suas angústias, seus incômodos, preocupações, problemas. Acolher é um compromisso de resposta às necessidades daqueles que procuram o serviço, é possibilitar a garantia de resolução do problema que faz com que a busca ao serviço seja feita (REDE HUMANIZA SUS, s.d.)

Dessa forma, a idéia do trabalho nasce a partir da proposta de um atendimento que pudesse dar conta das necessidades do serviço e dos usuários. O CAPSi, como serviço de



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

referência ao tratamento de crianças de adolescentes em sofrimento psíquico grave no município, apresentava algumas dificuldades para atender a demanda da rede e suas possíveis falhas, contando apenas com uma equipe mínima. Com o intuito de atender a demanda de forma mais adequada, o serviço restringia-se ao atendimento do público, dispondo apenas de consultas com horários marcados (com psiquiatra, pediatra e psicólogos) e poucos grupos. Ainda, o CAPSi contava com algumas atividades extras, oriundas de projetos de universidades interessadas.

O público atendido no CAPSi necessitava de uma atenção complementar, um suporte integral que pudesse dar conta da complexidade dos casos apresentados. Nesse sentido, reiteremos que a idéia do projeto nasce de uma demanda apontada pela equipe do CAPSi e por acadêmicos da psicologia inseridos no serviço, no intuito de oferecer uma atenção que não se restrinja aos horários pré-estabelecidos das consultas e grupos.

O espaço de convivência permanente surge, nesse contexto, com o objetivo de proporcionar um dispositivo clínico permanente e complementar aos usuários e cuidadores, independente dos horários dos atendimentos individuais, para que o público atendido pudesse permanecer mais tempo e com mais qualidade no serviço.

DESENVOLVIMENTO

O conceito Winnicottiano de holding corresponde ao favorecimento ambiental em que a criança está inserida. Refere-se a um entorno que extrapola os cuidados físicos, compreendendo todos os cuidados necessários para o desenvolvimento satisfatório do bebê. Sabemos que, no momento inicial, a criança é absolutamente dependente dos cuidados da mãe, a qual, por sua vez, precisa atender às necessidades fisiológicas da criança. A capacidade materna em perceber e atender ou não a essas necessidades é o que garante a provisão ambiental, determinando o que Winnicott chamou de “continuidade do ser”. Este momento primeiro se faz determinante para as conseqüências do desenvolvimento do eu do sujeito, uma vez que o fisiológico e o psicológico, aqui, ainda não se encontram distintos, mas em processo de separação. As experiências relacionais e o cuidado materno, nesse momento da vida, são determinantes na estruturação do self (WINNICOTT, 1960; 1963; 1975).



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Esse ambiente facilitador, denominado por Winnicott (1960) como “holding” ou ambiente suficientemente bom, quando associado à tendência inata do bebê (no sentido da integração e do crescimento), é determinante para a saúde mental do indivíduo. O vínculo entre a mãe e o bebê assentará as bases para o desenvolvimento saudável das capacidades inatas do indivíduo.

A mãe, através de seus cuidados, favorece que o bebê desenvolva seu potencial inato, sendo que quando os cuidados maternos não se fazem suficientemente bons, o bebê tende a não se desenvolver de acordo com as suas possibilidades, o que pode acarretar em problemas psíquicos futuros. Também é importante ressaltar que, se a saúde do indivíduo é afetada pelo meio em que ele está inserido, torna-se difícil atingir a maturidade completa em um ambiente social doente (WINNICOTT, 1963).

A estruturação do psiquismo necessita de alguns elementos importantes citados por Winnicott, como autonomia e independência. Para que a criança consiga se desenvolver satisfatoriamente, ela depende da maneira como a mãe irá conduzir o processo de cuidado e dos fatores ambientais envolvidos no mesmo (WINNICOTT, 1983).

Até o nascimento da criança, a mãe e o bebê são um só, ocupando o mesmo corpo. No início da vida, o bebê é dependente dos cuidados da mãe e ela, numa relação saudável, se identifica com esta criança e vive um estado de dependência absoluta com a mesma. O recém-nascido depende dos cuidados maternos até determinado momento, sendo que é através de outras pessoas (pai/mãe) que o bebê paulatinamente conhece o mundo.

Winnicott (1983) coloca que, na normalidade, uma vez que estas coisas tenham se estabelecido, a criança vai se tornando aos poucos capaz de enfrentar o mundo e todas as suas complexidades. Assim, cada vez mais, a criança vai se tornando capaz de viver uma experiência satisfatória, se identificando com a sociedade e desenvolvendo a independência. Essa é uma etapa especialmente importante do desenvolvimento e do seu sucesso depende o estabelecimento da saúde ou da psicose (WINNICOTT, 1983).

Nesse contexto, a impossibilidade do estabelecimento de um ambiente suficientemente bom impede o desenvolvimento satisfatório e acarreta o surgimento dos principais problemas relacionados ao sofrimento psíquico. Importante lembrar que todo esse ambiente que sustenta o desenvolvimento saudável de uma criança é, ou deve ser, em sua maior parte, composto por adultos (representados, especialmente, pelas figuras materna e paterna).



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

A doença mental grave é entendida como oriunda de uma falha nos primeiros anos de vida, quando a criança ainda é muito pequena. A psicose, inserida nesse quadro, configura-se como uma psicopatologia decorrente de uma falha na provisão ambiental, entendida aqui como uma falha relacionada a não diferenciação entre a mãe e a criança, ou seja, à continuidade de um estado de absoluta fusão entre ambas (WINNICOTT, 1963).

No âmbito da saúde mental, as lutas por uma assistência psiquiátrica mais humana e voltada para a melhoria da qualidade de vida, por meio da ampliação das redes afetivas e sociais, caminharam juntas com a busca pela abertura política e por uma saúde pública de acesso universal. Segundo o documento do Ministério da Saúde sobre Saúde Mental no SUS, no seu anexo “Saúde mental e atenção básica – o vínculo e o diálogo necessários”, todo problema de saúde é também – e sempre – mental, e que toda saúde mental é também – e sempre – produção de saúde (BRASIL, 2004).

Saúde mental diz respeito ao entendimento integral da pessoa, e não apenas aos seus aspectos de doença. O documento do Ministério da Saúde intitulado “Clínica Ampliada e Compartilhada” (2009) indica que ao conhecermos a história do paciente – usuário do serviço de saúde mental –, esta revela um sujeito adoecido imerso em teias de relações as quais afeta e é afetado. Nesse sentido, a elaboração de estratégias de atenção a esses sujeitos deve sempre levar em conta o seu ambiente e os grupos nos quais pertence, visto que a relação estabelecida entre eles é dinâmica e supõe trocas – que podem tender à saúde ou à doença.

Por um lado, temos as políticas públicas de saúde e o alcance maior ou menor que têm na sociedade e nos indivíduos; por outro, temos aspectos bastante particulares do desenvolvimento emocional causadores de transtornos de grave impacto no desenvolvimento da personalidade. As políticas públicas no campo da saúde mental sofreram forte influência a partir das décadas de 70 e 80, no Brasil. Os CAPS (Centros de Atenção Psicossocial) surgiram como um novo modelo de atendimento de saúde mental que objetiva, através da superação do modelo biomédico hegemônico, oferecer atenção integral a pessoas acometidas por sofrimento psíquico grave. Isso significa que, partindo-se de preceitos reformistas, os profissionais de saúde devem trabalhar com um sujeito que deve ser considerado em sua totalidade, esta entendida como biopsicossocial e contraposta ao atendimento “desfragmentador”, que suprime a subjetividade do paciente ao considerá-lo fora de seu contexto de vida.



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Baseada na Reforma Psiquiátrica Italiana, essa nova visão provoca um movimento dos trabalhadores de saúde mental, usuários do serviço e familiares, no sentido de construir uma rede de cuidados substitutiva aos hospitais psiquiátricos. A idéia principal de desinstitucionalização da lógica hospitalocêntrica/manicomial visava principalmente a manutenção dos laços com as famílias dos pacientes (PINTO, 2007).

A partir da Lei Paulo Delgado, inicia-se o lento processo de desinstitucionalização e surgem os serviços substitutivos, como os CAPS. Esses serviços surgiram com o objetivo de atender pacientes em sofrimento psíquico grave, cuja severidade ou persistência justifiquem sua permanência em um dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida. Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) constituem uma estratégia de tratamento do processo de reforma psiquiátrica, porque substituem as internações hospitalares psiquiátricas desnecessárias e realizam tratamento em atenção diária, permitindo que o paciente mantenha ou restitua os laços com a família e a sociedade.

No que se refere às políticas públicas de saúde mental para infância e adolescência, estas não existiam. As crianças e adolescentes eram tratados em instituições que se dirigiam ao trabalho pedagógico. Ainda com o surgimento do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), no início dos anos 90, a saúde mental infantil e adolescente não foi considerada. Somente a partir da Portaria MS 336, de 2002, esta população específica, que precisa de atenção e cuidados, foi devidamente reconhecida em sua importância. Esta portaria estabeleceu a abertura de Centros de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenis – CAPSi (GUERRA, 2005; BRASIL, 2004).

Um dos objetivos principais dos Centros de Atenção Psicossociais é oferecer um ambiente terapêutico e acolhedor, que possa incluir pessoas em sofrimento psíquico grave que não conseguem, naquele momento, acompanhar as atividades de forma organizada. O sucesso ao acolher um paciente em crise é essencial para o cumprimento dos objetivos, que é atender indivíduos em sofrimento psíquico intenso de modo a evitar as internações, oferecendo cuidados clínicos e de reabilitação psicossocial, favorecendo o exercício da cidadania e da inclusão social de usuários e de suas famílias (BRASIL, 2004).

Para que os CAPS consigam efetivar o trabalho de atenção aos pacientes e articular a rede, no sentido de promover uma atenção dirigida ao paciente em sofrimento psíquico grave, é importante que o serviço disponha de um espaço acolhedor. O Ministério da



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Saúde (2004), na política de Humanização do SUS, explicita a necessidade de adoção do conceito de Ambiência, que se refere ao tratamento dado ao espaço físico. Este espaço, foco principal deste trabalho, é entendido como espaço social, profissional e de relações interpessoais, o qual deve proporcionar atenção acolhedora, resolutiva e humana às pessoas que estiverem de alguma forma utilizando-o. Dessa forma, exige um envolvimento dos âmbitos que compõe os CAPS que vai além da composição técnica, simples e formal das equipes, passando a considerar as situações que são construídas (BRASIL, 2004).

O trabalho intersetorial dos CAPS tem como um dos preceitos a proposta de Clínica Ampliada como ferramenta de articulação e inclusão dos diferentes enfoques e disciplinas. Conforme prevê o Ministério da Saúde (2009), a Clínica Ampliada não desvaloriza nenhuma abordagem e busca integrar vários saberes para possibilitar um manejo eficaz da complexidade do trabalho em saúde. Trata-se de tirar do enfoque os limites da prática clínica centrada na doença e trabalhar com a singularidade do sujeito.

Sabe-se que, cada indivíduo é único, com suas particularidades e singularidades. O trabalho em clínica ampliada prevê que se possa dar uma atenção global aos indivíduos acometidos de transtornos psíquicos graves através da interlocução dos saberes das diversas áreas de conhecimento (interdisciplinaridade). Assim, a atenção a este indivíduo é dada diferentemente da clínica tradicional, já que o tratamento é pensado de acordo com as necessidades do sujeito, por uma equipe de profissionais, além de poder extrapolar o “setting” previsto tradicionalmente. Essa configuração posta pela noção de Clínica Ampliada possibilita que as intervenções se dêem de forma mais livre e criativa, visto que não são limitadas a um espaço ou a um saber, mas pautadas justamente na diversidade de saberes e pensadas relativamente às necessidades específicas dos usuários do serviço.

Então, como exposto sobre a saúde em Winnicott (1983), percebemos a importância do ambiente desde o início da vida e a repercussão que tem no desenvolvimento do indivíduo. Na atenção ao paciente grave, aponta-se para a importância da (re) constituição desse ambiente inicial, além do estabelecimento de vínculos saudáveis entre usuários, cuidadores e profissionais.

OBJETIVOS



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Este trabalho tem como objetivo expor as intervenções que vem sendo realizadas no Centro de Atenção Psicossocial da cidade de Santa Maria – RS, como elas ocorrem, quais seus resultados.

METODOLOGIA

Este trabalho se constitui em um estudo qualitativo que anseia auxiliar no processo de avaliação psicológica e no processo terapêutico de crianças e adolescentes usuários de um CAPS infantil, através de uma intervenção denominada “implantação de um espaço de convivência” parte integrante do que entendemos por clínica ampliada (BRASIL, 2009) nos atendimentos à saúde mental.

A implantação do espaço de convivência permanente teve início em agosto de 2009, contando com a participação de quatro estagiários e seis extensionistas, todos acadêmicos do curso de psicologia. O espaço de convivência constitui-se numa proposta de atenção integral, onde em qualquer horário da semana, seja oferecido aos usuários e cuidadores um olhar diferenciado, durante o tempo de permanência no serviço. Para isso, foram disponibilizados materiais necessários para a realização de diferentes atividades (bolas de futebol, de basquete, de vôlei; lápis de cor, tinta guache, folhas de papel, telas de pintura, brinquedos, jogos de memória, jogos de quebra-cabeça, etc), bem como a escuta como ferramenta clínica.

As atividades de acolhimento aos usuários do serviço se constituem em oficinas e atividades lúdicas diversas. Mostra-se importante ressaltar que grande parte das atividades desenvolvidas não são pré-determinadas, de modo a serem pensadas juntamente com os pacientes. Assim, o relacionamento estabelecido entre profissionais (ou extensionistas) e usuários tende a assumir um caráter menos pedagógico, possibilitando o exercício da autonomia do paciente.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

As atividades associadas ao projeto continuam em andamento, de modo que os resultados ainda são parciais. Até o momento, percebe-se que o primeiro momento de acolhimento é de grande importância, pois é o primeiro vínculo com o serviço. Há uma



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

maior adesão dos usuários do serviço ao tratamento, às oficinas e grupos, além de maior envolvimento dos familiares no processo terapêutico com a procedência de um acolhimento cuidadoso e atencioso. Esses resultados se devem não apenas às ações desenvolvidas diretamente com os usuários do serviço. Elas são fruto, além disso, de um trabalho interdisciplinar de estudo, envolvendo a equipe do CAPSi e os estudantes de graduação de psicologia, os quais participaram conjuntamente de palestras, de capacitações para o trabalho com sofrimento psíquico grave, reuniões de equipe e supervisões institucionais. No decorrer do tempo, os próprios técnicos puderam-se sentir seguros para iniciar um movimento de participação nas atividades propostas pelos extensionistas, essas mais livres e menos impositivas.

Diversos grupos terapêuticos foram repensados em sua constituição e estrutura, novos grupos e oficinas foram criados para atender a demandas emergentes (como, por exemplo, a entrada de crianças pequenas no serviço) e um trabalho conjunto foi sendo construído. É importante considerar que mudanças várias na estrutura do serviço (como a aquisição de materiais que facilitem os atendimentos e potencializem o seu caráter terapêutico, ou a mudança do ambiente físico para um local mais adequado ao atendimento de uma população específica) e na equipe interdisciplinar (desde transformações quantitativas – com a redução ou aumento na composição da equipe – como qualitativas – como a capacitação da equipe relativamente aos transtornos infantis graves), influenciam diretamente na qualidade do atendimento prestado aos usuários do CAPSi, possibilitando um acolhimento mais humanizado.

Como um resultado do projeto, portanto, percebemos a aceitação e o envolvimento da equipe interdisciplinar com as atividades propostas, sendo estas consideradas alternativas terapêuticas pelo serviço. Nesse sentido, as atividades em ambiente foram integradas ao plano terapêutico individual de alguns pacientes, fazendo jus à sua característica de complementaridade aos atendimentos individuais.

CONCLUSÕES

Esperamos que este trabalho possa oferecer um espaço de interação saudável entre as crianças, bem como para seus cuidadores, onde desfrutem de um espaço terapêutico (acolhedor, consistente, continente, permanente) enquanto estão no CAPSi. Essa maior



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

interação vai influenciar diretamente na prevenção e promoção de saúde mental, considerando que a gradual independização emocional da criança auxiliará no seu desenvolvimento global e na minimização dos sintomas atuais.

REFERÊNCIAS

- Anselmi, L. A., Barros, Fernando C., Minten, G., Gigante, Denise Petrucci, Horta, B & Victora, C. G. (2008) Prevalência e determinantes precoces dos transtornos mentais comuns na coorte de nascimentos de 1982, Pelotas, RS. *Revista de Saúde Pública* (USP. Impresso), 42, 26-33.
- Brasil. *Ministério da Saúde*. (2004) Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 86 p.: il. color. – (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).
- _____. *Ministério da Saúde*. (2008) Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Ambiência / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 32 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)
- _____. *Ministério da Saúde*. (2009) Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde mental no SUS: Clínica ampliada e compartilhada/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde. 64 p.: il. color. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)
- Feitosa, H., Ricou, M., Rego, S., Nunes, R. (may. 2011) A saúde mental das crianças e dos adolescentes: considerações epidemiológicas, assistenciais e bioéticas. *Revista Bioética*, Brasília, 19, 1.
- Disponível em:
http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/521/636.
Acesso em: outubro de 2011.



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

- Fleitlich, B. W. & Goodman, R. (2002) Implantação e implementação de serviços de saúde mental comunitários para crianças e adolescentes. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24, 1.
- Guerra, A. M. C. (jan-jun/2005) A psicanálise no campo da Saúde Mental Infanto-Juvenil. *Psychê*, IX,15, São Paulo, 139-154.
- Pinto, Rosemary Fiães. (2007) *CAPSi para crianças e adolescentes autistas e psicóticos: a contribuição da psicanálise na construção de um dispositivo clínico*. Rio de Janeiro, Museu da República.
- Tengan, S.K., Maia, A.K. (2004) Psicoses Funcionais na infância e adolescência. *Jornal de Pediatria*, 80, 2, 3-10.
- Winnicott, D. W. (1960) Teoria do relacionamento paterno-infantil. In: WINNICOTT, D. W. (1983) *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. Porto Alegre: Artmed.
- Winnicott, D. W. (1963) Da dependência à independência no desenvolvimento do indivíduo, 1963. In: WINNICOTT, D. W. (1983) *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. Porto Alegre: Artmed.
- Winnicott, D. W. (1975) *O Brincar & a Realidade*. Rio de Janeiro: Imago.



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

As possíveis relações do adolescente usuário de caps infanto-juvenil com seu diagnóstico

Cristiane Camponogara Baratto ¹

Letícia Saldanha de Lima ¹

Gabriela Zuchetto ¹

Hericka Zogbi Jorge Dias ¹

¹ Universidade Federal de Santa Maria (UFSM)

RESUMO

Este trabalho é parte integrante de um projeto de pesquisa e extensão chamado PROCONVIVE “Projeto de implantação do espaço de convivência permanente para crianças usuárias do CAPS Infanto-Juvenil” (DECIT/SCTIE/MS, CNPq, FAPERGS, SES/RS; Edital PPSUS 02/2009; Nº 0900982), realizado pelo curso de psicologia da Universidade Federal de Santa Maria no CAPS infanto-juvenil dessa cidade. Tem por objetivo apresentar dados quantitativos e descritivos relativos ao entendimento dos adolescentes sobre seu próprio diagnóstico. Dados estes coletados a partir de uma ficha sociodemográfica aplicada após assinatura de Termo de Consentimento Live e Esclarecido. Os dados obtidos foram digitados e analisados através do banco de dados SPSS 17.0. Participaram desta pesquisa 52 adolescentes, em sua maioria do sexo masculino (64%) e com média de idade de 14 anos (24,5%; Dp= 1,81). Como resultados foi possível constatar alta frequência de usuários dizendo não saber o motivo de seu tratamento no local, bem como uma série de nomenclaturas que não se encontram nos manuais diagnósticos. Apesar disso, acredita-se que o importante é o significado e a utilização desta que o usuário, seu responsável e a equipe do serviço faz, por isso a necessidade de maior atenção à essa questão até então pouco estudada.

Palavras-chave: Diagnóstico; Adolescente; CAPS infanto-juvenil.

INTRODUÇÃO



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Com a Reforma Psiquiátrica advinda no Brasil, criaram-se inúmeras formas de descentralização do atendimento às pessoas com sofrimento psíquico, que passaram dos hospitais aos, por exemplo, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que são norteados pela Portaria 336 do Ministério da Saúde de 2002. Existem CAPS para atenção de crianças e adolescentes em sofrimento psíquico grave, são os chamados Centros de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil (CAPSi), que devem oferecer esses serviços humanitários e acolhedores integralmente, visando o tratamento, a prevenção e a inserção social dos usuários que ali estão (Brasil, 2002).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2001), crianças apresentam de 10% a 20% de um ou mais problemas mentais. Tengan e Maia (2004) identificou que os sintomas de maior gravidade, como os psicóticos, têm uma incidência de 1 a 4% de casos que iniciam antes dos 15 anos.

A adolescência corresponde a um momento ambíguo na vida do indivíduo, no qual possui perdas e aquisições com relação ao corpo, comportamentos e pensamentos que deixam de ser infantis para tornar-se adulto, o que é, muitas vezes, conflituoso. São mudanças desenvolvimentistas e estruturais que ocorrem em um contexto social onde o jovem está inserido (Rappaport, Fiori, & Davis, 1982). Os dados das pesquisas apresentados acima, junto à essas considerações sobre a adolescência, esclarecem a importância desses serviços substitutivos ao modelo manicomial e a atenção que se deve dar ao público infanto-juvenil nessa fase da vida repleta de mudanças, independente de haver sofrimento psíquico ou não.

A questão do diagnóstico é de suma importância dentro de um local como o CAPSi, já que este serviço é organizado para atender jovens com sofrimento psíquico grave, o que implica, necessariamente, que estes jovens devam ter um diagnóstico compatível. Desse modo, questiona-se a forma com que esses jovens se relacionam com seu diagnóstico e tratamento considerando a fase de desenvolvimento de identidade em que se encontram.

Miranda, Tarasconi e Scortegagn (2008) defendem o uso do diagnóstico precoce, pois este pode auxiliar tanto na terapêutica quanto num prognóstico mais favorável ao jovem, bem como no desenvolvimento humano dos indivíduos. O esclarecimento diagnóstico mostra-se uma ferramenta essencial para o processo de tratamento de pessoas acometidas por transtornos mentais, assim como qualquer tipo de doença. Nos CAPSi, a



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

grande demanda estabelecida trata-se de crianças e adolescentes com transtornos mentais graves. Tal especificidade advém do que se propõem estes centros, como é citado pelo documento Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial proposto pelo Ministério da Saúde (2004), que os CAPS são locais de referência e tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais, dos quais psicoses, neuroses graves e demais quadros, cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida. E em decorrência dos aspectos citados acima, o processo diagnóstico e o trabalho desempenhado a partir de tal ação implicam diretamente na inserção e melhora dos usuários destes serviços.

Com base nessas informações, o grupo Psicologia das Relações e Saúde da Universidade Federal de Santa Maria criou um projeto de pesquisa e extensão denominado PROCONVIVE. Este projeto visa inserir um ambiente saudável e acolhedor para os usuários do Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil de Santa Maria e verificar a influencia dessa inserção através da pesquisa em tempo 1 (antes do ambiente) e tempo 2 (após o ambiente), acreditando haver uma redução do sofrimento psíquico nos usuários, familiares e funcionários, bem como outras implicações.

OBJETIVOS

Este trabalho pretende apresentar dados relativos ao entendimento dos adolescentes sobre seu próprio diagnóstico no tempo 1 da pesquisa do PROCONVIVE, realizada de Janeiro a Julho de 2011. Além deste aspecto referente ao entendimento do diagnóstico por parte dos jovens, também serão apresentados dados referentes ao sexo, idade, escolaridade, raça/cor, uso de medicamentos, entre outros. A partir disso, pretende-se iniciar uma discussão da problemática encontrada com a literatura existente.

METODOLOGIA

Este trabalho apresentará dados de abordagem quantitativa, ou seja, apresentados sob forma numérica ou que podem ser diretamente convertidos a ela. A entrada e análise dos dados parciais foram feitas através do banco de dados SPSS versão 17.0. A análise é descritiva (frequências, percentuais, media, moda e mediana) (Ferreira & Moura, 2005).



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Foi utilizada uma ficha sóciodemográfica que possui perguntas que investigam: sexo, idade, escolaridade, raça/cor, ocupação, renda familiar, uso de medicamentos, diagnóstico, comorbidades, entre outras informações. Essa ficha podia ser respondida tanto diretamente pelo usuário, quanto por seu cuidador ou técnico de referencia, desde que os pais/responsáveis pelos adolescentes menores de idade tivessem assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo os critérios éticos obedecidos. Foram considerados adolescentes os usuários do CAPS infanto-juvenil com idades entre 12 e 18 anos, como institui o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) (1990).

Neste trabalho serão analisadas e discutidas, principalmente, as respostas referentes a seguinte pergunta, contida na ficha sociodemográfica: “Na sua opinião, por qual motivo você está se tratando no CAPS?” (alterando para o nome do adolescente quando aplicado nos pais ou responsáveis).

RESULTADOS E DISCUSSÕES

A partir do processo de coleta de dados, 52 adolescentes que estavam em atendimento no CAPSi responderam a ficha sociodemográfica. Destes 52 jovens, destacou-se que a maioria é do sexo masculino 64% (33 sujeitos) e a minoria do sexo feminino 36% (19 sujeitos). Esta informação, referente a maioria de usuários ser do sexo masculino, é evidenciada em diferentes estudos que tenham o CAPS como objetivo de pesquisa (Carvalho, Silva, & Rodrigues, 2010; Lopes, Facundes & Nóbrega, 2010; Monteiro, Moreira, Albuquerque, Silva, & Passamani, 2011; Peixoto et al., 2010; Silveira, Vargas, Reis, & Silva, 2011). A idade média dos adolescentes foi de 14 anos (24,5%; $dp=1,81$).

Com a finalidade de investigar o entendimento do adolescente sobre seu diagnóstico, foi formulada a referida pergunta que podia ser respondida tanto pelo usuário quanto pelo cuidador ou técnico responsável. Mesmo que em alguns casos os responsáveis pelos jovens tenham respondido esta questão, acredita-se que este aspecto não acarretou em alteração significativa da interpretação.

Chama-se a atenção, inicialmente, para o fato da resposta “não sei” ter atingido um total de 14% dos usuários. Também é curioso que apenas 2% (1 usuário) respondeu como motivo uma nomenclatura diagnóstica: Transtorno do desenvolvimento global. Dos outros



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

84%, a respostas foram bem variadas e conforme o entendimento pessoal dos usuários e cuidadores, aparecendo muitas vezes agrupados, como: depressão, estresse, hiperatividade, agitação, agressividade, dificuldades escolares, problemas de relacionamento, nervoso, deficiência mental, problemas para falar, problema psicológico, retardante, para melhorar, falha na cabeça, confusões e esquecimentos, não gosta de ficar em casa e tem medos.

Hoffmann, Santos e Mota (2008), Carvalho, Silva e Rodrigues (2010) e Santos (2006) apresentam em seus estudos resultados semelhantes de diagnósticos apresentados por usuários dos respectivos serviços como as dificuldades escolares e problemas de relacionamento. Estes são categorias amplas, envolvendo uma série de sintomas e possíveis transtornos, mas, também, características normais a todo desenvolvimento humano.

Esses resultados encontrados evidenciam a particularidade da relação dos usuários com os seus diagnósticos. Algumas características que podem ser consideradas sintomas nos manuais diagnósticos (como o nervosismo, por exemplo), são suficientes para caracterizar um diagnóstico com esse nome, bem como um nome generalizando uma série de sintomas (como as dificuldades escolares, por exemplo). Santos (2006), em seu estudo, encontrou esse mesmo aspecto da não categorização dos diagnósticos no sistema internacional de diagnósticos, que apareciam sem uma cronicidade de avaliação em seu estudo. Pode-se perceber, também, que a grande maioria dos motivos dados para tratamento no CAPSi pode ser encontrados no desenvolvimento normal infantil e adolescente como o nervosismo, agitação (Knobel, 1989), mas que, pra essa amostra, são considerados problemas sérios e merecedores de atenção em um local como o CAPSi.

Com relação a não saber qual o motivo de seu tratamento no CAPSi, ou seja, seu diagnóstico pode-se inferir uma série de possibilidades. Muitos adolescentes podem realmente não saber desses diagnósticos por ninguém ter falado a eles, evidenciando uma falha na comunicação entre o profissional que costuma fornecer um diagnóstico ou da equipe que o trata e o próprio adolescente, ou o medo de se estar rotulando na medida em que diz ao usuário o que ele tem. Outra possibilidade pode ser o não entendimento dos termos usados por quem o diagnosticou que são muitas vezes técnicos demais e não são explicados, fazendo com que este adolescente ou familiar crie uma classificação por meio de palavras não diagnosticamente reconhecidas nos manuais, mas aceitáveis socialmente



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

enquanto razões para tratamento no CAPSi ou, então, permaneça na falta de saber gerada pelo não entendimento.

É válido pensar, também, que a única pessoa que relatou o motivo de tratamento com uma nomenclatura diagnóstica pode ser “consciente” de seu problema, ela pode, ao contrário, estar numa situação de não saber. Na medida em que saber o nome do que se tem não significa saber o que esse nome significa, não saber o nome exato do que se tem, mas saber colocar em uma determinada característica toda a problemática, pode ser muito mais significativo e ser mais bem entendido pelo usuário.

Com isso, acredita-se que a necessidade de um maior entendimento pela equipe do CAPSi sobre a questão diagnóstica está posta. O diagnóstico é uma questão central para esse tipo de serviço, apesar de não ser obrigatório colocar de forma clara e comprovada para os usuários e familiares, já que, dependendo da gravidade, o caso que se apresenta no serviço não deveria ser ali tratado. Assim, pode-se pensar em uma nova forma de trabalhar com essas patologias junto ao usuário e seus responsáveis, talvez não no sentido de dizer-lhes o nome, mas de esclarecer o motivo pelo qual este sujeito está sendo submetido a determinado tratamento e desenvolver uma significação para isso na vida dele.

CONCLUSÕES

Com este trabalho pode-se perceber a relevância em se pensar e discutir a utilização de diagnósticos, independente de os próprios adolescentes, usuários do serviço, ou seus responsáveis terem respondido à pergunta pelo motivo de tratamento no CAPSi. Como foi visto, independente de uma denominação diagnóstica correta, o importante é o significado atribuído pelos usuários e seus familiares, ou seja, o seu real uso.

Pode-se propor, a partir desse trabalho que buscou um maior conhecimento e entendimento acerca das possíveis relações dos adolescentes usuários do CAPSi, novos caminhos a serem seguidos para melhorar esta relação no sentido de um maior esclarecimento, construção e valorização de significados, tanto pelo usuário e seus cuidadores, como pela equipe. Acredita-se, com isso, que o diagnóstico não deve ser banalizado, mas utilizado na medida em que se faz necessário dentro do serviço para selecionar o público-alvo de atendimento no local e guiar o tratamento subsequente.



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Este aspecto torna-se relevante com o intuito de indicar a necessidade de um melhor procedimento que auxilie os profissionais, não somente da área saúde mental, mas de qualquer área da saúde, a empenhar-se na investigação diagnóstica, revendo a necessidade de um olhar individual e dinâmico acerca da configuração terapêutica melhor estruturada para cada caso.

Por fim, na escrita deste trabalho constatou-se a necessidade de se ampliar a quantidade de estudos sobre o diagnóstico e sua relação com o adolescente, tanto dentro de instituições como o CAPSi, quanto de uma maneira geral. Fica em aberto também a possibilidade e a necessidade de se realizarem estudos com profissionais atuantes em serviços de saúde mental, para se averiguarem quais são seus entendimentos sobre diagnóstico e, principalmente, qual o posicionamento das equipes de trabalho com relação a isto. Este trabalho pode ser tomado como uma iniciativa de se pensar a questão do diagnóstico através do autorrelato dos usuários, que é de suma importância, já que, além de pesquisar, se está dando voz e proporcionando uma escuta aos sujeitos, em seu sofrimento e em seus possíveis dilemas enquanto usuários de um serviço de saúde mental.

REFERÊNCIAS

- Brasil (2002). *Portaria n.º 336/GM de 19 de fevereiro de 2002*. Dispõe sobre a Construção de uma rede de Centros de Atenção Psicossocial Infanto-juvenis em território Nacional. Diário Oficial da União.
- Brasil (2004). *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Carvalho, M. D. A, Silva, H. O., & Rodrigues, L. V. (2010). Perfil epidemiológico dos usuários da rede de Saúde Mental do município de Iguatu, CE. SMAD, *Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool Drogas*, 6, 337-49.
- Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA. *Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990* (1990). Diário Oficial da União.
- Ferreira, M. C., & Moura, M. L. S. (2005). *Projetos de pesquisa: elaboração, redação e apresentação*. Rio de Janeiro: EdUERJ.



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

- Hoffmann, M. C. C. L., Santos, D. N., & Mota, E. L. A. (2008). Caracterização dos usuários e dos serviços prestados por Centros de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil. *Cadernos de Saúde Pública*, 24, 633-42.
- Knobel, M. (1989). A síndrome normal da adolescência. In: A. Aberastury & M. Knobel (Orgs.), *Adolescência Normal: Um Enfoque Psicanalítico*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Lopes, C. M. B., Facundes, V. L. D., & Nóbrega, K. B. G. (2010) Perfil e desempenho funcional das crianças com Transtorno Invasivo do Desenvolvimento atendidas em um Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil da cidade do Recife. *Neurobiologia*, 73, 119-30.
- Miranda, C. A., Tarasconi, C. V., & Scortegagn, S. A. (2008) Estudo Epidêmico dos Transtornos Mentais. *Avaliação Psicológica*, 7(2), 249-257.
- Monteiro, C. F. S., Fé, L. C. M., Moreira, M. A. C., Albuquerque, I. E. M., Silva, M. G., & Passamani, M. C. (2011) Perfil sociodemográfico e adesão ao tratamento de dependentes de álcool em CAPS-ad do Piauí. *Esc Anna Nery Rev Enf*, 15, 90-95.
- Organização Mundial da Saúde. (2001). Relatório sobre a saúde no mundo-saúde mental: nova concepção, nova esperança. Geneva: Organização Mundial da Saúde.
- Peixoto, C., Prado, C. H. O., Rodrigues, C. P., Cheda, J. N. D., Mota, L. B. T., & Veras, A. B. (2010). Impacto do perfil clínico e sociodemográfico na adesão ao tratamento de pacientes de um Centro de Atenção Psicossocial a Usuários de Álcool e Drogas (CAPSad). *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 59, 317-32.
- Rappaport, C. R., Fiori, W. R., & Davis, C. (1982). *Psicologia do desenvolvimento*. 4ª ed. São Paulo: EPU.
- Santos, P. L. (2006). Problemas de saúde mental de crianças e adolescentes atendidos em um serviço público e psicologia infantil. *Psicologia em Estudo*, 11, 315-21.
- Silveira, M. S., Vargas, M. M., Reis, F. P., & Silva, P. (2011). Caracterização dos usuários com esquizofrenia e outros transtornos psicóticos dos Centros de Atenção Psicossocial. *Cadernos de Saúde Coletiva*, 19, 27-32.
- Tengan, S. K., & Maia, A. K. (2004) Psicoses infantis. *Jornal de Pediatria*, 80, 3-10.



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Atividades de extensão sobre saúde sexual e reprodutiva em tempos de HIV/Aids

Adriane Roso ¹

Vanessa Limana Berni ¹

Mônica Angonese ¹

Letícia Dalla Costa ¹

Sâmara Pereira Palazuelos ¹

Mauren De Vargas Minato ¹

¹ Universidade Federal de Santa Maria (UFSM)

RESUMO

Este trabalho refere-se ao relato de experiência da atividade “Estudos em Psicologia Social: Olhares Sobre Saúde Sexual e Reprodutiva em Tempos de HIV/Aids”, a qual consiste em duas fases. A primeira realiza-se no âmbito acadêmico e consiste em um Círculo de Estudos formado por estudantes de graduação e mediado por discentes de pós-graduação. Essa fase aconteceu quinzenalmente, durante o ano de 2011, com a proposta de discutir textos e filmes sobre a temática de gênero, saúde sexual e reprodutiva em tempos de HIV/aids. Na segunda fase, denominada “Análise Crítica Compartilhada de Filmes/Documentários”, as discussões efetuadas nos círculos são expandidas às comunidades através da análise crítica compartilhada de filmes/documentários. Em síntese, os resultados foram: (a) o produção de um vídeo intitulado “*Camisinha...? Um cuidado com o/a Outro/a*”, tendo como elenco as próprias discentes, (b) um seminário integrador em conjunto com as demais temáticas do projeto e (c) elaboração/execução das atividades da fase de extensão. O projeto proporciona ao discente de pós-graduação a experiência de mediação de grupo de estudos com a orientação da professora-coordenadora, consistindo num preparo para a coordenação de futuros grupos de pesquisa. Para os graduandos, representou uma oportunidade de aprendizagem mais ampla que a oferecida pelo currículo universitário. O desenvolvimento de atividades como essa se faz importante não somente para o crescimento pessoal e profissional dos discentes, mas para o compartilhamento de



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

saberes entre a universidade e a comunidade, na tentativa de construir novos conhecimentos.

Palavras-chave: Psicologia Social; Saúde Sexual e Reprodutiva; HIV/Aids.

INTRODUÇÃO

A sexualidade e a reprodução são mediadas por fatores biológicos, históricos, culturais e econômicos (Roso, 2005). Assim, estudar o campo que envolve saúde sexual e reprodutiva em tempos de aids exige considerar múltiplos elementos (economia, cultura, gênero, etc.). Isso porque o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), embora pareça ser um *vírus democrático*, ele se aproveita das estruturas da desigualdade social e da opressão que existem em diferentes cenários sociais, afetando primeiro, e, sobretudo, os setores da sociedade cujas circunstâncias sociais os colocam em situações de acentuada vulnerabilidade (Parker, 1994). Nesse contexto, entende-se que para falar em prevenção ao HIV é fundamental “conhecer, problematizar e interferir nas relações de gênero e sexuais vigentes nas diferentes culturas” (Meyer, Klein, & Andrade, 2007, p.227).

“As relações de gênero são uma construção cultural e social e como tal, representam um processo contínuo e descontínuo de produção de lugares e poderes do homem e mulher em cada cultura e sociedade” (Oliveira, 1999, p. 70). Desse modo, entende-se por gênero a maneira com que se articulam as diferenças entre mulheres e homens na sociedade, nos papéis que assumem e tomam por naturais. Esses papéis, por conseguinte, são construções socioculturais, que variam através da história e referem-se aos papéis psicológicos e culturais que a sociedade atribuiu ao que considera “masculino” ou “feminino”.

Gênero é mais do que uma maneira como as pessoas se relacionam, é também um jeito de olhar e compreender a realidade. Pode-se dizer, então, que o gênero diz respeito à produção cultural que constrói e oprime os dois sexos, que torna difícil para mulheres e homens agir em benefício da saúde, como é o caso do HIV/Aids, agindo como criador de identidades estigmatizantes.

Muitos estudos biomédicos e epidemiológicos ainda não têm considerado “o lento e complexo processo de aprendizagem sociocultural, permeado pelas marcas de gênero que modelam as representações e práticas no campo da sexualidade” (Heilborn & Brandão,



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

1999, p.04). De fato, adotar como eixo teórico a categoria gênero não é atividade fácil. Na psicologia brasileira os temas de gênero ganham expressão a partir da década de 70, com a crise da psicologia social e das pressões dos movimentos feministas. Recentemente gênero, embora seja um conceito que perpassa toda a área de conhecimento da psicologia e disciplinas afins, ele está intimamente relacionado com a psicologia social, especialmente aquela que só consegue entender o ser humano na interrelação com o contexto social, histórico e cultural (Strey, 2011). Assim, queremos relatar aqui uma experiência de atividade de estudo que visa inserir os acadêmicos de psicologia no campo de estudos sobre sexualidade(s) e gênero no contexto da aids, a partir da perspectiva da Psicologia Social Crítica.

Tal atividade denominada “Estudos em Psicologia Social: Olhares Sobre Saúde Sexual e Reprodutiva em Tempos de HIV/Aids” insere-se no projeto de ensino e extensão “Psicologia Social, Saúde e Cinema”, que é desenvolvido pelo grupo de pesquisa “Saúde, Minorias Sociais e Comunicação”, e compreende duas etapas: Círculo de Estudos e Análise Crítica Compartilhada de Filmes/Documentários. O projeto tem como objetivos gerais: capacitar alunos no campo teórico-metodológico da Psicologia Social, enfatizando o estudo de temáticas específicas no campo da saúde; propiciar maior inclusão cultural (resultado da facilitação do acesso às peças midiáticas - filmes e documentários) de pessoas de comunidades vulneráveis; estimular o desenvolvimento do pensamento crítico-dialógico sobre problemáticas em saúde utilizando peças midiáticas como disparadores; e, promover o envolvimento dos acadêmicos com populações que tenham difícil acesso ao cinema e/ou a debates críticos orientados sobre problemáticas em saúde.

DESENVOLVIMENTO

Inicialmente, a inserção da discussão de gênero na Psicologia Brasileira foi marcada por pressupostos naturalizantes a respeito das diferenças sexuais. Esta concepção foi sendo progressivamente superada, pensando estes conceitos relacionados ao contexto sócio-histórico, em abordagens de base funcionalista e/ou sociocultural (Nuernberg, 2008). Em oposição a esse modelo disciplinar, estudos de gênero no Brasil estabeleceram alianças com campos que valorizam a cultura, contexto social e dimensão ativa e subjetiva dos sujeitos, e assim, foi na Psicologia Social que essas concepções puderam emergir. Desde a



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

década de 1970, questões sobre as diferenças sexuais, sobre a mulher e sobre gênero foram incorporados pela Psicologia brasileira, principalmente no campo da Psicologia Social (Nuernberg, 2008).

Na medida em que a Psicologia valoriza e se relaciona com os movimentos sociais, possibilita-se a inserção de questões políticas ou da vida pessoal para a acadêmica, apoiando-se na ciência para produzir saberes que venham ao encontro dos interesses do feminismo. Nesse sentido, busca-se, através da atividade de estudo e por meio de uma ação dialógica, produzir e elaborar uma linguagem que denote novos rumos no que se refere a estudos e experiências anteriores, sejam históricos ou culturais, a respeito da formação do gênero, tanto quanto das vertentes sociais que levaram à implementação de um protótipo do que deva ser feminino/masculino e seus respectivos papéis cotidianos. Embora tenha se buscado questionar a dominação masculina, a preocupação maior talvez seja contestar criticamente as formas de interpretação do mundo, dadas por muito tempo como únicas e verdadeiras.

Em especial no que tange à dualidade masculino/feminino, busca-se a desmistificação da tradição em que os pares são vistos como opostos e excludentes, cada qual definidos por seus papéis sociais. Em vista disso, defende-se que os dois são complementares, tanto no âmbito individual (dualidade emocional/racional, entre outros) quanto no social, pois a identidade de gênero é fortemente, senão formada, concretizada nele (Duby & Perrot, 1991).

Com relação ao preservativo, pode-se dizer que não há a negociação do uso do mesmo com o parceiro(a), contribuindo para a não estagnação da epidemia de HIV, trazendo o pensamento de que “serão ainda as mulheres que terão o fardo de começar a falar sobre escapadas sexuais, desconfiar da monogamia ou do acesso maior aos prazeres proibidos às mulheres adultas que permanecem mais presas ao doméstico e aos filhos, mesmo quando trabalham” (Paiva, Bugamelli, & Leme, 1998, p. 38). As mulheres soropositivas enfrentam o mesmo problema, o fato de conviverem com o vírus não as torna agentes ativos na relação, muitas vezes também não podendo negociar o uso da camisinha em qualquer situação.

A partir da emergência do HIV/Aids é que se começa a discutir deliberadamente sobre sexualidade, papéis sociais e relações responsáveis por levar adiante o vírus e estigmatizar aqueles que o adquiriram. Dentre as primeiras características anunciadas à



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

população pela medicina e reforçadas pela mídia, estava a ideia de contágio, sexo, punição, medo e morte. Domínios esses de fortes investimentos afetivos “que comportam componentes emocionais profundamente enraizados em diferentes culturas e que causam enorme impacto no plano simbólico” (Barbará, Sachetti, & Crepaldi, 2005, p. 333). Da mesma forma, estas representações aparecem associadas a grupos sociais específicos.

Assim, a crença inicial de que a aids seria uma doença circunscrita a determinados “grupos de risco” continuou sendo um dos empecilhos para a prevenção, principalmente entre as mulheres, que imaginam que só os outros podem contrair o HIV (Alves, Kovacs, Stall, & Paiva, 2002). É, então, diante da dificuldade de conscientizar as pessoas de que todas estão vulneráveis a contrair o HIV, que se intensificam os movimentos envolvidos na discussão de saúde sexual e reprodutiva. Nessa perspectiva é que surge a proposta da ação relatada nesse trabalho, com vista a oferecer um espaço para que acadêmicos possam discutir sobre suas representações e construir novos conhecimentos (em gênero, Hiv/Aids e saúde sexual e reprodutiva) que venham a contribuir para a saúde das pessoas em geral, mas especialmente das mulheres, em função das desigualdades de gênero que existem e colocam-nas em posições desvantajosas. Da mesma forma, trata-se de uma iniciativa pensando que os acadêmicos que estejam envolvidos diretamente na discussão de temas tão complexos como esses, possam se tornar multiplicadoras na comunidade onde acontece a segunda etapa da proposta, mas também em suas famílias, ambientes de trabalho, enfim, em todo o contexto social.

OBJETIVOS

Em vista disso, este trabalho visa apresentar a proposta de ação desenvolvida a partir do projeto de ensino e extensão “Psicologia Social, Cinema e Saúde”. Especificamente, da atividade envolvendo a temática “Estudos em Psicologia Social: Olhares Sobre Saúde Sexual e Reprodutiva em Tempos de HIV/Aids”, de modo a indicar a trajetória de leitura, as discussões, os questionamentos teórico-metodológicos, a ampliação para a comunidade, bem como as produções decorrentes da atividade, consideradas mais marcantes até o momento.



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

METODOLOGIA

Como salientado, a atividade configura-se a partir de duas etapas: Círculo de Estudos e Análise Crítica Compartilhada de Filmes/Documentários. A primeira etapa aconteceu durante o ano de 2011, compreendendo a atividade de estudo sobre temas relacionados à saúde sexual e reprodutiva em tempos de AIDS.

Participaram dessa atividade acadêmicos de graduação que integravam o Grupo de Pesquisa “Saúde, Minorias Sociais e Comunicação”, além de outros interessados pela temática. A mediação da atividade foi realizada por uma mestranda do Programa de Pós-Graduação em Psicologia – UFSM, com a colaboração de duas psicólogas, orientadas pela professora-coordenadora do Grupo de Pesquisa supracitado.

Os encontros aconteceram com frequência quinzenal, e duração de aproximadamente 90 minutos, nas dependências do curso de Psicologia da UFSM. A cada encontro, um texto para leitura era selecionado sobre a referida temática, que deveria ser lido anteriormente, pois se constituía a base para as discussões e reflexões. Além das leituras teóricas referentes aos tópicos listados, foram exibidos filmes que tinham relação com a temática em questão, e a finalidade de incentivar a reflexão e o posicionamento crítico dos participantes do grupo.

A segunda etapa está em desenvolvimento no transcorrer deste ano e compreende a mostra de filmes/documentários em uma comunidade da cidade de Santa Maria, tendo, assim, como ideia central a maior interação entre universidade e comunidade, proporcionando às mesmas um espaço de construção de conhecimento, fazendo uma interlocução entre os saberes acadêmicos e os trazidos pelos membros da comunidade. Nesse momento, os mediadores da ação serão os acadêmicos que participaram da atividade de estudo correspondente à primeira etapa.

Salienta-se que essa atividade se embasa na Psicologia Social crítica, a qual eleva a consciência como categoria central de análise, e tenta desvelar o aparente e o oculto, sempre percebendo a incompletude e a contradição dos fenômenos sociais (Guareschi & Biz, 2005), históricos e biopsíquicos.



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os encontros aconteceram de março a dezembro de 2011, totalizando 20 encontros quinzenais. Nesses, estiveram envolvidos nos grupos de discussão a professora orientadora do projeto, uma pós-graduanda e duas psicólogas colaboradoras - que mediarão as atividades -, e nove discentes do curso de Psicologia – UFSM.

Dentre as temáticas estudadas e discutidas com o grupo estão: conceito de Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva; Relações de gênero: conceito, construção social e desigualdades; História cultural e social do HIV/Aids; Representações acerca da aids e cuidado à saúde; Mídia, Corpo e Sexualidade(s) em tempos de aids e Prevenção de Doenças Sexualmente Transmissíveis. Os filmes exibidos e discutidos foram “Transamérica” (Duncan Tucker, 2004), abordando a questão da transsexualidade e as implicações que uma cirurgia de mudança de sexo podem trazer, relacionando-se com questões referentes à família, filhos, amigos e o enfrentamento desta tomada de posição diante da sociedade. Outro filme visto foi “E a vida continua” (Roger Spottiswoode, 1993), retratando os primeiros anos de evidência da aids nos Estados Unidos, bem como sua repercussão diante das vítimas, em sua maioria homossexuais e o impacto na sociedade até então totalmente alheia à epidemia.

Durante os encontros, foi possível perceber várias desconstruções referentes às representações de papéis femininos/masculinos. Em alguns momentos, até houve certa surpresa diante de constatações consideradas tão naturais e que, nesse espaço de estudo, foi possível refletir sobre as origens de sua história e compreender o quanto construídas cultural e socialmente são.

Como contestação das propagandas veiculadas pela mídia sobre prevenção de DSTs/Aids, no final do ano foi produzido um vídeo denominado “*Camisinha...? Um cuidado com o/a Outro/a*”, tendo como elenco as próprias participantes da atividade de estudos. Certamente essa produção não está isenta de julgamentos e estereótipos, ainda em (des)construção, mas configura-se como uma tentativa de pensar em como fazer diferente, dando responsabilidades e direitos iguais a homens e mulheres.

Na segunda etapa do projeto, a proposta é multiplicar na comunidade as reflexões sobre essas temáticas, usando como recurso filmes/documentários, que após serem exibidos serão analisados criticamente e de forma conjunta pela comunidade e pelos



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

acadêmicos, previamente preparados para isso. A ideia de se recorrer ao cinema, como maneira de inserção na comunidade, situa-se na teoria de que “filme é uma fonte de conhecimento que se propõe a reconstruir uma realidade por meio de uma linguagem ficcional. A linguagem cinematográfica tem o mérito de permitir que a relação entre os filmes e o imaginário social aconteça” (Felipe & Teruya, 2009, p. 9).

A ação de extensão leva em conta o nível comunitário em que será realizada e acredita-se que “todo saber é *expressivo*” (Jovchelovitch, 2008, p.259). Portanto, ressalta-se que a visão de extensão não se trata de transferência de conhecimento, mas de compartilhamento de saber de forma dialógica. Na atividade de extensão, pretende-se “construir um encontro crítico baseado no princípio dialógico em que todos os participantes no projeto podem ganhar e desenvolver saber” (Idem, p. 282). Com isso, acredita-se na possibilidade de realizar extensão sustentada na inclusão e na dialogicidade.

CONCLUSÕES

Como se tratou de uma atividade em que os alunos foram convidados a participar, percebeu-se, durante os encontros, um grande interesse e envolvimento dos participantes com a temática, mesmo que às vezes tivessem dificuldades em associar suas discussões com o que era lido nos textos. Isso se configurou como um dos maiores desafios às mediadores da atividade, que precisavam criar formas de convocar os discentes a refletir suas experiências associadas às teorias.

Essa atividade promoveu um maior desenvolvimento dialético entre graduação e pós-graduação. Foi possível perceber um ganho recíproco, pois enquanto as mediadoras tiveram um espaço para se ensaiar na atividade de coordenação de um grupo de estudos; os graduandos, em sua maioria já envolvidos em projetos de ensino, pesquisa e extensão, sentiram-se incentivados a realizar produções acadêmicas abordando o tema em suas diversas concepções, como forma de disseminar o conhecimento aos diferentes grupos da sociedade.

Quanto às expectativas futuras para o projeto, pode-se dizer que são muito positivas, visto o engajamento dos discentes para executar a segunda etapa da atividade. Além disso, está acontecendo a formação de outros grupos de estudos dentro do projeto “Psicologia Social, Saúde e Cinema”, com temáticas diferentes, visando complementar



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

assuntos pouco abordados nas disciplinas curriculares. Ainda, espera-se que essa atividade seja ampliada em outros cursos e universidades, favorecendo uma formação mais crítica dos graduandos.

REFERÊNCIAS

- Alves, R. N., Kovacs, M. J., Stall, R., & Paiva, V. (2002). Fatores psicossociais e a infecção por HIV em mulheres, *Rev. Saúde Pública*, 36(4), 32-39.
- Barbará, A., Sachetti, V. A. R., & Crepaldi, M. A. (2005) Contribuições das representações sociais ao estudo da aids. *Interação em Psicologia*, 9(2), 331-339.
- Duby, G., & Perrot, M. (1991). *História das Mulheres no Ocidente*. São Paulo: Ebradil.
- Felipe, D. A., & Teruya, T. K. (2009, junho). Narrativas filmicas na educação escolar: construindo processos de alteridade. Seminário de Pesquisa do PPE. Universidade Estadual de Maringá. Recuperado de http://www.ppe.uem.br/publicacoes/seminario_ppe_2009_2010/pdf/2009/18.pdf.
- Guareschi, P. A., & Biz, O. (Orgs.). (2005). *Mídia & Democracia*. Porto Alegre: Evangraf.
- Heilborn, M. L., & Brandão, E. R. (1999). Introdução: Ciências Sociais e Sexualidade. In M. L. Heilborn (Org.), *Sexualidade: o olhar das ciências sociais* (pp. 7-17). Rio de Janeiro: Editora Zahar.
- Meyer, D. E., Klein, C., & Andrade, S. dos S. (2007). Sexualidade, prazeres e vulnerabilidade: implicações educativas. *Educação em revista*, 46, 219-239.
- Nuerenberg, A. H. (2008). Reflexões sobre Gênero e Psicologia no Brasil. In M. C. de S. Lago, et al. (Orgs). *Gênero e Pesquisa em Psicologia Social* (pp. 19-32). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Oliveira, E. M. (1999). *A mulher, a sexualidade e o trabalho*. São Paulo: Hucitec CUT. BRASIL.
- Paiva, V., Bugamelli, L., Leme, B. (1998) A Vulnerabilidade das Mulheres ao HIV É Maior por Causa dos Condicionantes de Gênero? *Cuadernos Mujer Salud: Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe*, 3, 34-38.
- Parker, R. (1994). *A Construção da Solidariedade. Aids, Sexualidade e Política no Brasil* (2ed.). Rio de Janeiro: Relume-Dumará, ABIA, IMS, UERJ.



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

- Roso, A. (2005). *Cultura Sexual e Reprodutiva em Tempos de AIDS: Análise Transcultural dos Discursos Relacionados à Transmissão Materno-Infantil do HIV-1*. (Tese de doutorado, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – PUCRS. Faculdade de Psicologia).
- Strey, M. N. (2011). Gênero. In M. N. Strey & et al. (Orgs.), *Psicologia social Contemporânea*, 15ª ed. (pp.180-197). Petrópolis, RJ: Vozes.





III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Avaliação da qualidade de vida de pais/mães de crianças e adolescentes usuários de um Capsi.

Caroline Matos Romio ¹

Maristela Jaqueline Reis Peixoto ¹

Natália de Andrade de Moraes ¹

Nelci Regina Angnes ¹

Hericka Zogbi Jorge Dias ¹

¹ Universidade Federal de Santa Maria (UFSM)

RESUMO

O presente trabalho se propõe a apresentar uma avaliação da qualidade de vida de pais/mães ou cuidadores de crianças e adolescentes que utilizam o serviço de um Centro de Atenção Psicossocial da Infância e Adolescência (CAPSi) do sul do Brasil. A presente pesquisa avaliou um total de 36 cuidadores de usuários do CAPS Infantil, o que corresponde a 20% do número total. Para isso foi utilizado instrumento de avaliação de qualidade de vida. O estudo tem formato transversal e descritivo e utiliza abordagem quantitativa. Tal estudo se faz relevante uma vez que considera o fato de que as principais influências recebidas pela criança no início do desenvolvimento provém de suas relações com seus cuidadores e que, ao compreender melhor as condições de vida desses cuidadores, pode-se pensar em novos modos de dispor os planos terapêuticos e tratamento dos usuários e cuidadores, especialmente no sentido de minimizar prejuízos e até mesmo prevenir condutas de risco para saúde mental.

Palavras chaves: Qualidade de vida, Saúde mental, CAPSi

INTRODUÇÃO

O presente trabalho se propõe a avaliar a qualidade de vida de cuidadores, sendo esses pais, mães ou responsáveis pelos cuidados das crianças e adolescentes usuários de



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

um CAPS Infantil de uma cidade no sul do Brasil, ele surge a partir do projeto guarda-chuva do grupo de pesquisa Psicologia das Relações e Saúde, intitulado PROCONVIVE- Projeto de implantação do espaço de convivência permanente para crianças usuárias do CAPS infantil da cidade de Santa Maria, RS, e avaliação do impacto da intervenção terapêutica em usuários e funcionários do CAPSi (projeto financiado pelo EDITAL PPSUS FAPERGS 002/2009 DECIT/SCTIE/MS,CNPq, FAPERGS, SES/RS nº de processo 0900982). Neste trabalho o foco será a avaliação de adultos porque eles exercem uma influência decisiva na constituição do psiquismo de seus filhos.

Considera-se de relevante importância estudar qualidade de vida dos cuidadores uma vez que a relação inicial da mãe/cuidador com a criança é entendida como fundamental para o desenvolvimento saudável do psiquismo e, posteriormente, da personalidade do adulto (Mcdougall,1991; Mahler, 1982; Zimmerman, 2000). Ou seja, as condições de saúde mental da criança estão correlacionadas às condições de saúde de seus cuidadores.

Segundo Winnicott (1986), em termos de desenvolvimento, pode-se dizer que a saúde significa uma maturidade física e emocional relativa à idade do indivíduo. Sendo assim, tanto a maturidade quanto a idade são fatores que dependem um do outro na formulação do conceito de saúde.

A saúde é um processo que se inicia ainda na gestação, e depende de todo o entorno da criança durante seu desenvolvimento até que chegue a ser um adulto saudável. Sabemos da importância do impacto da relação inicial da mãe com a criança para o desenvolvimento saudável do psiquismo (Winnicott, 1983; Mcdougall,1991; Mahler, 1982). A qualidade dessa relação inicial depende em grande parte das características pessoais da mãe, mas, principalmente, das relações estabelecidas entre a mãe e o seu ambiente de suporte, nas figuras de apoio constituídas pelo seu companheiro e por suas famílias de origem (Rapaport, 1982; Winnicott, 1983; Maldonado, 1982).

O conceito Winnicottiano de holding corresponde ao favorecimento ambiental em que a criança está inserida. Refere-se a um entorno que vai além dos cuidados físicos e compreende todos os cuidados necessários para o desenvolvimento satisfatório. Sabemos que nesse momento, a criança ainda é absolutamente dependente dos cuidados da mãe e esta, por sua vez, precisa atender as necessidades instintivas da criança. A capacidade da mãe em perceber e atender ou não as necessidades da criança é o que garante a provisão



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

ambiental e determina o que Winnicott chamou de continuidade do ser. As experiências relacionais e o cuidado materno, nesse momento, são determinantes na estruturação do self. Dito isso, um estudo que busque compreender a qualidade de vida dos cuidadores de crianças e adolescentes com transtornos graves faz-se imprescindível.

Segundo Fleck (et al., 1999) o conceito de qualidade de vida refere-se a “um movimento dentro das ciências humanas e biológicas no sentido de valorizar parâmetros mais amplos do que o controle de sintomas, a diminuição da taxa de mortalidade ou o aumento da expectativa de vida”.

Leung (2002) ao propor uma intervenção psicossocial e um modelo de avaliação de qualidade de vida, define esta última como sendo algo que se sobrepõe à própria qualidade de vida. Refere um estado global de bem-estar, o qual está ligado à percepção do indivíduo sobre sua satisfação pessoal, presença de afetos positivos e ausência de afetos desagradáveis.

Da mesma forma que qualidade de vida tem sido matéria amplamente pesquisada, qualidade de vida relacionada à saúde (Health-Related Quality of Life –HRQoL), refere-se ao estudo da qualidade de vida diretamente relacionada à saúde. Tanto qualidade de vida, quanto qualidades de vida relacionada à saúde envolvem a percepção subjetiva do sujeito sobre seu estado geral; a diferença essencial para qualidade de vida relacionada à saúde é que esta inclui a percepção do sujeito em relação a seu estado de saúde, sua doença e sobre o tratamento que está realizando (Zogbi, 2004).

Para que tais questões subjetivas pudessem ser devidamente avaliadas, foram sendo criados instrumentos quantitativos de medida para esta finalidade. Os autores Segre & Ferraz (1997) entendem qualidade de vida como "algo intrínseco, só possível de ser avaliado pelo próprio sujeito", o que é consenso entre outros autores. E, sublinhando a importância da subjetividade, estes autores determinam que não podem haver rótulos de boa ou má qualidade de vida, embora a saúde pública necessite de indicadores para elaboração de políticas que viabilizem a melhoria das condições de atendimento. Em vista disso, medidas são importantes, de acordo com o uso que se faça delas.

As medidas objetivas para avaliação de qualidade de vida pretendem fornecer o retrato de um momento, de como o paciente se sente em relação à sua vida em geral, ou à sua saúde. Este panorama de um momento exige instrumentos fidedignos e válidos, pois refere-se a dados que poderão ser usados para fins importantes, como a avaliação do plano



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

terapêutico, possíveis encaminhamentos para outros serviços de saúde, bem como da efetividade do tratamento. Assim, pensamos sobre a importância do uso de medidas de avaliação de qualidade de vida também no âmbito dos serviços de saúde mental.

OBJETIVOS

Diante do exposto anteriormente o presente trabalho se propõe a apresentar um estudo transversal e descritivo com abordagem quantitativa. Teve como objetivo avaliar a qualidade de vida de cuidadores de crianças e adolescentes usuárias de um CAPSi.

MÉTODO

Para isso foram avaliados um total de 36 cuidadores de crianças e adolescentes usuários do CAPS Infantil. O número total de pacientes atendidos hoje é em torno de 180 crianças e adolescentes. Considerando um cuidador para cada criança este número corresponde a 20% do grupo total de pais, mães e/ou cuidadores das crianças e adolescentes em atendimento atualmente.

A coleta de dados contou com a colaboração dos membros do grupo de pesquisa Psicologia das Relações e Saúde. As entrevistas aconteceram preferencialmente nos momentos em que os pais, mães e/ou cuidadores estavam no serviço aguardando os filhos em atendimento. Na impossibilidade desse contato, foi realizada uma ligação telefônica para agendar um horário para entrevista. Todas as entrevistas foram realizadas nas dependências do CAPSi. O entrevistador procurava uma sala ou um local de pouca circulação no serviço para realizar as entrevistas.

O instrumento utilizado foi o Whoqol-bref - desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde. É um instrumento que avalia a qualidade de vida genérica, e se constitui de 26 itens, subdivididos pelos domínios físico, psicológico, relações sociais, e meio ambiente (Fleck et al., 2000).

Os dados foram analisados através da correção do instrumento que foi usado na avaliação. Em seguida foi criado um banco de dados em SPSS 13.0 para análise descritiva (média, frequências, percentuais, mediana, moda). A análise qualitativa foi realizada nas falas livres dos pacientes e na categorização de respostas.



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

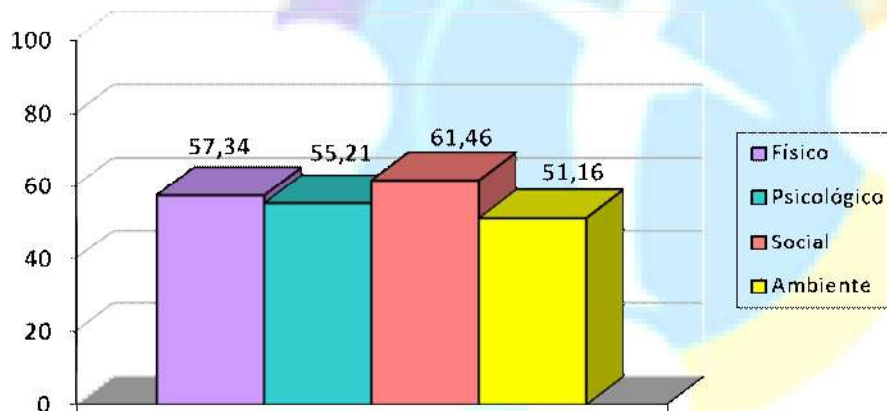
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

A fim de se manter o compromisso ético da pesquisa, participaram do estudo pessoas que conheceram a pesquisa através da explicação dos objetivos, leitura, compreensão e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, além disso se dispuseram livremente a participar, sabendo da possibilidade de cancelar caso desejassem. Os dados pessoais dos participantes foram mantidos em sigilo e o material de pesquisa está sob a guarda do coordenador do projeto. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Quanto à avaliação da qualidade de vida, por meio do instrumento de pesquisa Whoqol-bref, os resultados da coleta de dados estão demonstrados na figura 1:

Figura 1 – Resultados de qualidade de vida dos cuidadores



Quanto mais próximo de 100 melhor é o resultado pra a qualidade de vida. Os domínio representam respectivamente os aspectos 1 (Físico), 2 (Psicológico), domínio 3 (Relações Sociais) e domínio 4 (Meio-Ambiente). O domínio 1 diz respeito as condições físicas: dor e desconforto, energia e fadiga e sono e repouso (Whoqol-site oficial). O domínio 2 – psicológico – avalia sentimentos positivos, pensamento, aprendizagem, memória, concentração, auto-estima, imagem corporal, aparência e sentimentos negativos. O domínio 3 se propõe a medir a qualidade de vida no aspecto das relações sociais, suporte (apoio) social e atividade sexual. O domínio 4, meio-ambiente, que avalia o ambiente no lar, recursos financeiros, cuidados de saúde e sociais, oportunidades de adquirir novas



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

informações e habilidades, participação e oportunidades de lazer, ambiente físico e transporte.

Os domínios com seus respectivos desvios-padrão foram: domínio 1 média de 57,34 ($dp=20,61$) sendo o valor máximo encontrado 100 e o mínimo 14,29; domínio 2 média de 55,21 ($dp=18,62$), máximo 79,17 e mínimo 12,50; domínio 3 média de 61,46 ($dp=23,99$), máximo 100 e mínimo 00; domínio 4 média de 51,16 ($dp=14,67$) máximo 81,25 e mínimo.

A comparação das médias encontradas a partir da aplicação do instrumento Whoqol-bref em outros estudos com o mesmo instrumento, demonstra que as médias de qualidade de vida dos cuidadores foram relativamente baixas. Em um estudo com um grupo de pais pretendentes a adoção foram avaliados 10 pais e as médias encontradas antes do início do grupo para os domínios foram: 1 Físico: 58,98; 2 Psicológico: 68,75; 3 Relações Sociais: 88,33; e 4 Meio ambiente: 68,75. Percebe-se que as médias desse grupo são mais altas que indica que a qualidade de vida da amostra em questão é baixa (Costa, 2009).

Favero-Nunes e Santos (2010), em um estudo com 20 mães de crianças com transtornos invasivos do desenvolvimento apresentaram os seguintes resultados nos domínios: 1 Físico: 69,4; 2 Psicológico: 66,85; 3 Relações Sociais: 67,5; e Meio ambiente: 60,8. Neste estudo, percebe-se que os resultados são muito superiores aos do presente estudo. As baixas pontuações constatadas a partir do instrumento aplicado se justificam no fato de os cuidadores queixarem-se principalmente do cansaço, por dormir mal e falta de energia (domínio 1); o domínio 2 justifica-se na fala dos entrevistados principalmente pela baixa auto-estima; o domínio 3 aparece principalmente quando eles referem não poder contar com outras pessoas nos cuidados com o usuário e na dificuldade em ter uma vida social mais ativa; o domínio 4 é o que pontuou mais baixo e isso se justifica pelo fato que as condições sócio demográficas da amostra são precárias e muitos sobrevivem com menos de um salário mínimo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O instrumento aplicado conseguiu levantar dados importantes sobre a qualidade de vida dos cuidadores. A partir desses dados será possível ampliar o entendimento das dinâmicas familiares, bem como, auxiliar nos encaminhamentos, planos terapêuticos e



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

tratamento dos usuários e cuidadores, especialmente no sentido de minimizar prejuízos e até mesmo prevenir condutas de risco para saúde mental.

A partir disso, podemos pensar que a saúde do cuidador pode estar relacionada à demanda do paciente, embora não se saiba se o sofrimento do cuidador já existia ou passa a existir depois da condição do usuário. Essa é uma questão que fica em aberto e nos instiga a pensar no fato como um todo e em cada caso, individualmente e também pensar em novos estudos, especialmente aqueles objetivando a prevenção na relação mãe e bebê.

Por fim, com a realização deste trabalho foi possível aprofundar algumas reflexões sobre o entendimento e compreensão das famílias dos usuários do CAPSi. Espera-se que os dados encontrados e as reflexões levantadas possam dar margem para outros questionamentos e auxiliar de alguma forma nos estudos do sofrimento psíquico na infância. Acredita-se que com isso se possa ainda intervir prevenindo a doença mental e promovendo saúde.

REFERÊNCIAS

- Costa, A. M. (2009). *Grupos Com Pais Pretendentes À Adoção: Um Espaço Para Gestão Simbólica*. 71f. Monografia (Graduação Em Psicologia) – Universidade Federal De Santa Maria. Santa Maria, Brasil.
- Favero-Nunes, M. A.; Santos, M. A. *Depression And Quality Of Life In Mothers Of Children With Pervasive Developmental Disorders*. Revista latino-americana de enfermagem, V. 18, N. 1, Ribeirão Preto, Feb. 2010. Recuperado em 22 de novembro de 2010, de [Http://Www.Scielo.Br/SciELO.Php?Script=Sci_Arttext&Pid=S010411692010000100006&Lng=En&Nrm=Iso](http://Www.Scielo.Br/SciELO.Php?Script=Sci_Arttext&Pid=S010411692010000100006&Lng=En&Nrm=Iso).
- Fleck, M. P. A Et Al. *Desenvolvimento Da Versão Em Português Do Instrumento De Avaliação De Qualidade De Vida Da Organização Mundial Da Saúde (Whoqol-100)* 1999. Revista brasileira de psiquiatria, V. 21, N. 1, São Paulo, Mar. 1999. Recuperado em 10 de novembro de 2010, de [Http://Www.Scielo.Br/SciELO.Php?Script=Sci_Arttext&Pid=S151644461999000100006&Lng=En&Nrm=Iso](http://Www.Scielo.Br/SciELO.Php?Script=Sci_Arttext&Pid=S151644461999000100006&Lng=En&Nrm=Iso)



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

- Fleck, M. P. A. *O Instrumento De Avaliação De Qualidade De Vida Da Oms (Whoqol-100): Características E Perspectivas*. Ciência & Saúde Coletiva, V. 5, N. 1, Rio De Janeiro, 2000. Recuperado em 22 de outubro de 2010, de <Http://Www.Scielo.Org/SciELO.Php?Script=Sciarttext&Pid=S141381232000000100004&Lng=En&Nrm=Iso>
- Leung, K. *Guest Column: A System Model Of Qol For Rehabilitation And Psychosocial Care. Newsletter*. Recuperado em 18 de outubro de 2010, de: <Http://Www.Isoqol.Org>
- Maldonado, M.T. (1982). *Psicologia da gravidez, parto e puerpério*. Petrópolis: Vozes.
- Mahler, M. (1982). *O processo de separação-individuação*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- McDougall, J. (1991). *Teatros do corpo: o psicossoma em psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes.
- Winnicott, D.W. (1983). *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Winnicott, D. W. (1986-1971). *Tudo começa em casa*. Tradução Paulo Sendler. 4. Ed. São Paulo: Martins Fontes, 2005.
- Zogbi, H. J. (2004). *Avaliação De Qualidade De Vida Em Pacientes Com Dermatoses: Estudo De Adaptação E Validação Do Dermatology Life Quality Index (Dlqi) Para Uma Amostra Sul-Brasileira*. 2004. 132f. (Dissertação de Mestrado em Psicologia) – Pontifícia Universidade Católica Do Rio Grande Do Sul, Porto Alegre.



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Avaliação da qualidade de vida de trabalhadores de saúde mental em um Capsi

Gabriela Zuchetto ¹

Juliane Caeran ¹

Juliana Otarão ¹

Hericka Zogbi Jorge Dias ¹

¹ Universidade Federal de Santa Maria (UFSM)

RESUMO

O presente trabalho constitui-se em um recorte de uma das frentes de pesquisa presentes no projeto PROCONVIVE (Projeto de implantação do espaço de convivência permanente para crianças e adolescentes usuários do CAPS infanto-juvenil (DECIT/SCTIE/MS, Cnpq, FAPERGS, SES/RS; EDITAL PPSUS 02/2009; nº 0900982), realizado pelo grupo Psicologia das Relações e Saúde da Universidade Federal de Santa Maria. O trabalho tem como objetivo apresentar os dados, referente ao primeiro tempo da pesquisa (T1), sobre a qualidade de vida dos trabalhadores deste serviço de atenção em saúde mental infantil. Foram sujeitos 14 trabalhadores, com idade média de 37 anos, que responderam questões a partir da aplicação do inventário de qualidade de vida *Whoqol-bref*. Este instrumento foi elaborado pelo Programa de Saúde Mental da Organização Mundial da Saúde, composto de 26 questões, divididas em quatro domínios (Físico, Psicológico, Relações Sociais, e Meio Ambiente). As médias em cada domínio da qualidade de vida foram: Físico 78,57; Psicológico 72,91; Relações Sociais 75 e Meio Ambiente 69,41.

Palavras-chave: Qualidade de vida, Saúde do trabalhador; Saúde Mental

INTRODUÇÃO

O atual modelo de cuidado em saúde mental, pós reforma psiquiátrica, propõe novas formas e novos dispositivos de atenção, convocando os trabalhadores a desafios constantes e a uma permanente reflexão acerca de seu trabalho. É nesse contexto que



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

surtem os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), para acolher diariamente a demanda de sujeitos em sofrimento psíquico grave, e promover a inserção social destes (Brasil, 2002). O presente trabalho é realizado em um CAPSi, destinado a atender crianças e adolescentes com tais demandas.

Para além da especificidade do trabalho realizado em um CAPSi, faz-se necessário pensar sempre a saúde do trabalhador. A respeito disso, Dejours (1992) coloca que a organização do trabalho tem reflexos na saúde do trabalhador. Quando essa organização entra em conflito com o funcionamento psíquico dos trabalhadores que ali estão, e não há mais possibilidade de adaptação, surge o sofrimento. Porém, é importante salientar que o sofrimento nem sempre provoca patologias, pode constituir-se em um propulsor de criatividade.

No contexto das pesquisas sobre saúde do trabalhador, podemos pensar esta saúde em termos de qualidade de vida. A Organização Mundial da Saúde define saúde como um estado de bem-estar físico, social, e mental, não meramente a ausência de doença. Para trabalhar com qualidade de vida, a OMS formou o grupo de Qualidade de Vida (WhoqolGroup), o qual a define como sendo a *“Percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e realizações”*. Para se avaliar tal conceito, ainda que seja amplo, com alta combinação de fatores, e subjetivo, este grupo criou o instrumento WHOQOL-100 (World Health Organization Quality of Life), que originou posteriormente uma versão abreviada, o WHOQOL-Bref. O instrumento foi desenvolvido a partir de 15 centros simultaneamente, de diferentes culturas.

De acordo com Paschoa et al. (2007), uma baixa qualidade de vida em um ou mais domínios do WHOQOL-Bref, pode afetar diretamente os serviços prestados em saúde, comprometendo a dinâmica do trabalho e acarretando uma dificuldade principalmente na atenção prestada aos usuários.

Além dos desafios de cuidar da demanda de sofrimento de outros sujeitos, o trabalhador de saúde pública é colocado diante de adversidades peculiares desse setor, tais como a dificuldade de se estabelecer um trabalho em equipe, poucos espaços de cogestão, excesso de atividades, e por isso são suscetíveis ao adoecimento físico e psíquico. (Ministério da Saúde, 2010)



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

OBJETIVOS

Este trabalho tem por objetivo conhecer dados referentes à qualidade de vida de uma equipe profissional de um centro de atenção psicossocial e, posteriormente, relacionar esses dados com literaturas específicas sobre a temática.

METODOLOGIA

Este estudo configura-se como descritivo e de abordagem quantitativa. Para a investigação de aspectos relativos a qualidade de vida dos profissionais, utilizou-se o instrumento WHOQOL-Bref, a versão abreviada de WHOQOL – 100. O questionário é composto de 26 questões, duas gerais de qualidade de vida e 24 referentes a cada uma das 24 facetas que compõem o original. As questões dividem-se em quatro domínios, são eles: Físico (relacionado a energia/fadiga, medicamentos/tratamentos, capacidade para o trabalho); Psicológico (relacionado a sentimentos positivos e negativos, memória, concentração, auto-estima, imagem corporal, espiritualidade, crenças pessoais); Social (relações sociais, apoio social, atividade sexual); Ambiental (segurança física, ambiente no lar, recursos financeiros, lazer, transporte, ambiente físico).

Mediante assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, foi entregue aos profissionais um envelope contendo o inventário de qualidade de vida, o qual é auto-aplicável. A posterior correção foi feita a partir de pacote estatístico SPSS versão 17.0, conforme indicação do grupo de qualidade de vida da OMS.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

No total de 15 trabalhadores que constituem o serviço, neste Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil, o (CAPS-I) da cidade de Santa Maria, 14 participaram deste estudo (93,3% do total). Quanto às características sociodemográficas e profissionais, destes 14 participantes, 13 eram mulheres (92,85%), tendo apenas 01 homem (7,14%). A idade média desses trabalhadores foi de 37 anos e identificaram-se com as seguintes funções: 2 fisioterapeutas, 2 psicólogos, 1 psicólogo/coordenador técnico, 1 enfermeiro, 1 arte-

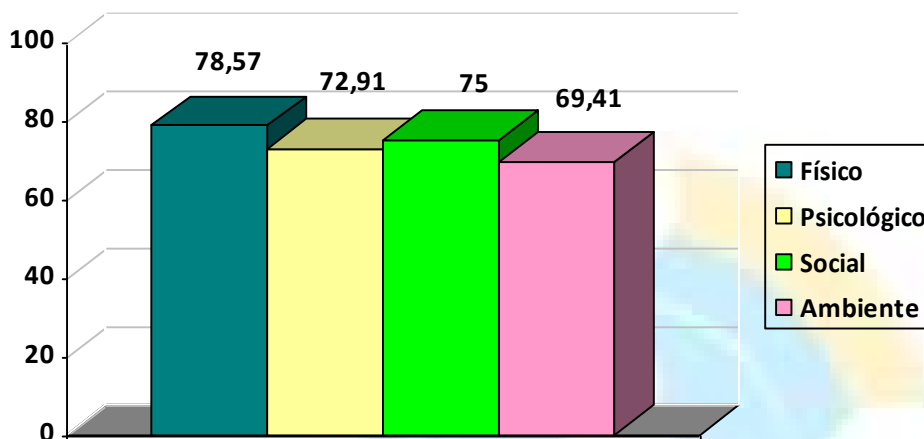


III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

terapeuta, 1 técnico em Saúde Mental, 1 coordenador administrativo/enfermeiro, 1 médico, 1 agente administrativo, 1 serviço de limpeza e 2 não responderam a sua função no serviço.

Em relação à avaliação da qualidade de vida destes trabalhadores, o gráfico a baixo constata o domínio Físico (78,57), como sendo o melhor aspecto da qualidade de vida destes trabalhadores. Tendo em segundo lugar o domínio Relações Sociais (75), o Psicológico (72,91) em terceiro, e por último o domínio Meio Ambiente (69,41).



Dessa forma, o presente estudo apresenta dados que evidenciam que a qualidade de vida dos trabalhadores do Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil da cidade de Santa Maria, avaliada pelo Whoqol-bref, é em todos os domínios (Físico, Psicológico, Relações Sociais e Meio Ambiente) relativamente bom, considerando que os valores mínimo (pior) e máximo (melhor) é entre 0-100.

Devemos ressaltar que o domínio que apresentou média mais elevada foi o Físico (78,57), lembrando que este aspecto enfoca como itens principais a capacidade para o trabalho e atividades diárias, a presença de energia e fadiga, a satisfação com o sono, a dependência de medicação entre outros. Sendo assim, podemos pensar que os desgastes próprios de um trabalho com saúde mental não estão gerando tanto sofrimento aos trabalhadores. O segundo maior escore, o domínio Relações Sociais (75), que questiona a satisfação com a atividade sexual e ainda com as relações sociais e apoio social.

No domínio Psicológico, que visa investigar no trabalhador a frequência de sentimentos negativos e positivos, e ainda sua memória, concentração, espiritualidade e se esta satisfeito consigo mesmo e com sua aparência, a média da amostra estudada foi de 72,91. O menor escore apresentado foi o Meio Ambiente, com o valor de 69,41. Neste



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

domínio estão incluídas questões referentes a segurança, lazer, dinheiro para as necessidades, condições do ambiente físico, transporte e acesso aos serviços de saúde e moradia, o que parece demonstrar algum grau de insatisfação relativos a salário e possibilidades de investimento com suas questões ambientais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após feita essa análise, pudemos perceber escores de qualidade de vida acima da média nesses trabalhadores. O menor escore apresentado, o Ambiental, aponta para aspectos a serem debatidos e melhor refletidos, que parecem ter relação direta com o quanto os trabalhadores sentem-se valorizados em seu trabalho e o quanto podem investir em necessidades ambientais, de locomoção e de lazer.

O trabalhador de saúde acaba envolvido em uma certa onipotência em cuidar de outros seres humanos, colocando-se em um papel de extrema responsabilidade, porém também sofre e também possui fragilidades. Perante a isso, demandam o olhar de alguém sobre sua saúde, com quem possam compartilhar suas angústias de lidar com o sofrimento alheio. (Ministério da Saúde, 2010)

Demonstra-se pertinente a realização de estudos e a abertura de espaços de diálogo com profissionais que atuam no campo da saúde em relação a sua saúde e especificamente a sua qualidade de vida, pois a forma como sujeitos percebem sua qualidade de vida, esta compreendida como um conceito que engloba aspectos de trabalho, físicos, psíquicos e sociais, reflete diretamente em suas condições de promover saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Brasil, Portaria n.º 336/GM de 19 de fevereiro de 2002. (2002) Dispõe sobre a Construção de uma rede de Centros de Atenção Psicossocial Infanto-juvenis em território Nacional. Diário Oficial da União.*
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. (2010) Caderno HumanizaSUS Volume 1- Formação e Intervenção. 2. ed. Brasília : Editora do Ministério da Saúde. (Série B. Textos Básicos de Saúde).*



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

- DEJOURS, C. (1992) *A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho*. 5. ed. São Paulo: Cortez.
- FLECK, M. P. A. (2000). Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida “WHOQOL-bref”. *Revista de Saúde Pública*, v. 34, n. 2, pp. 178-83. (PERIÓDICO)
- FLECK, M. P. A. (2000) O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 5, n. 1, p. 33-38.
- PASCHOA, S. ZANEI, SSV.; WHITAKER, IY. (2007) Qualidade de vida dos trabalhadores de enfermagem de unidades de terapia intensiva. *Acta Paulista de Enfermagem*. 20(3),305-10.
- Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal. Divisão de Saúde Mental. Grupo WHOQOL. Versão em português dos instrumentos de avaliação da qualidade de vida (WHOQOL). 1998. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/psiq/whoqol.html>



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Avaliação do consumo de substâncias psicoativas - Inventário de triagem do uso de drogas (DUSI)

Elisabete Péres Queiroz de Paiva ¹

¹ Universidade Metodista de São Paulo (UMESP)

RESUMO

Esta pesquisa enfoca o estudo de adolescentes internadas para tratamento de dependência de drogas no Centro de Recuperação Álcool e Drogas Desafio Jovem. Objetivou descrever as características psicossociais e a psicodinâmica dessas adolescentes, além de identificar comportamentos de riscos e de proteção à saúde das participantes. Para coleta de dados, foram utilizados o Questionário de Identificação Sócio-Demográfico e Consumo de Substâncias Psicoativas, o teste projetivo H.T.P. (House-Tree-Person) e o “Inventário de Triagem do Uso de Drogas (DUSI)”. Fizeram parte do estudo 14 adolescentes na faixa de 12 a 17 anos. A maioria das adolescentes (78,57%) são filhas de pais separados. A primeira substância usada, na faixa de idade de 9 a 14 anos, foi o cigarro (42,86%), a segunda foi a maconha (35,71%), a terceira, na faixa de 9 a 15 anos foi o álcool (21,43%) e a quarta substância, na faixa de 9 a 16 anos foi o crack (35,71%). A droga predileta das adolescentes é o crack (42,9%).

Palavras-chave: Uso de substâncias psicoativas; Adolescência; DUSI.

Introdução

Neste artigo, citaremos os resultados, discussão e conclusão trazidos com aplicação do instrumento Inventário de Triagem do Uso de Drogas (“DUSI – Drug Use Screening Inventory”).

Adolescência, Ambiente e Consumo de Drogas



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Através dos tempos, a família, pela função socializadora que lhe é inerente, pressupõe um papel de intermediação entre os jovens e a sociedade. No entanto, entre as grandes mutações do processo civilizatório em nossa época, está a alteração desse papel mediador. Por família se entende uma instituição privada, passível, neste mundo pós-moderno, de vários tipos de arranjo, mas basicamente tendo a função de socialização primária das crianças e dos adolescentes. (Osório, 1992).

Osório (MEAD, 1970 apud OSÓRIO, 1989, p.29) considera três tipos ou modelos segundo os quais o homem relaciona-se com seus antepassados ou descendentes. O primeiro deles corresponde às denominadas culturas pós-figurativas, que extraem sua autoridade do passado, baseando-a num consenso acrítico e na lealdade inequívoca de cada geração à que a precedeu. Nessas culturas, as crianças e os jovens aprendem primordialmente dos adultos e o futuro é visualizado como um prolongamento do passado, ou seja, o passado dos adultos é o futuro de cada geração.

O segundo desses modelos é chamado, pela autora citada, de culturas co-figurativas, onde há uma reciprocidade de influências entre jovens e adultos. Pelo surgimento de novas formas de tecnologia, cuja informação é carecida pelos mais idosos, as camadas mais jovens da população passam a deter uma significativa parcela do poder de influência, proporcionando conhecimento. Esse é o modelo atual. E, finalmente, o modelo das culturas pré-figurativas, onde o futuro não é mais simples prolongamento do passado, mas tem sua própria (e desconhecida) identidade, prevalecendo as expectativas futuras sobre as realizações passadas.

Neste trabalho, parte-se do entendimento da adolescência como um período do ciclo vital em que a curiosidade por experiências novas, a troca e a influência do grupo de amigos são fundamentais. O uso das drogas aqui se inclui como fonte de socialização e como uma linguagem do adolescer e, quando acontece de forma abusiva, constitui-se num problema que pode repercutir em todo o processo posterior de vida do jovem (Núcleo Einstein de Álcool e Drogas do Hospital Israelita Albert Einstein [NEAD], 2003).

As substâncias psicoativas com potencial de abuso são alvos da preocupação da sociedade brasileira, devido ao aumento considerável do consumo das mesmas nas últimas décadas, tornando-se cada vez mais precoce entre adolescentes e mesmo crianças. Paralelamente, a comunidade identifica problemas correlatos como o crescimento da criminalidade e de acidentes automotivos, comportamentos anti-sociais, abandono da escola, etc. (Laranjeira, Franco, Balego, & Bezelga, 2003)



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

A adolescência é o período que corresponde à passagem da infância para o mundo adulto. Ou seja, o caminho que percorremos da total dependência para uma progressiva autonomia. Nessa etapa de vida, o indivíduo está sofrendo mudanças radicais em seu corpo.

Hormônios importantes estão em ação, gerando profundas transformações: aquisição do corpo adulto, mudança de voz, impulsos sexuais. Paralelamente, o adolescente atravessa uma crise emocional: conceitos são questionados, realidades imutáveis são postos à prova. Sua identidade está consolidando e ele começa a escolher o indivíduo que quer ser, seus valores e prioridades (Gigliotti, Carneiro, & Aleluia, 2008).

Em plena adolescência, a pessoa sente uma necessidade de viver, experimentar coisas diferentes, sentir o mundo à sua maneira, divergindo muitas vezes do que lhe foi transmitido. Os pais perdem o posto de figuras sábias. E, de uma hora para outra, não sabem mais nada. Novas experiências. Correr riscos antes não vividos – coisas típicas de qualquer adolescência. Nessa leva, está a possibilidade do uso de drogas. Sabemos que é nessa fase que a maioria das pessoas que usam ou usaram drogas tem suas primeiras experiências. São muitos conflitos, muitas incertezas, que deixam o adolescente bastante vulnerável a pressões internas e externas. Gigliotti *et al.* (2008)

Os principais fatores de risco relacionados com o uso de drogas são: curiosidade, obtenção de prazer, relaxamento das tensões psicológicas, facilitação da sociabilização, influência do grupo, isolamento social, dinâmica familiar, baixa auto-estima, manejo inapropriado da mídia na questão das drogas, influências genéticas, familiares com problemas com álcool, excessiva medicalização da sociedade. Entretanto, no desenvolvimento de ações preventivas, não basta apenas diminuir os fatores de risco. É necessário promover os fatores protetores, com ações positivas, tais como: oferecer oportunidades de auto-realização para os jovens; incentivar os desafios e conquistas (auto-estima); auxiliá-los a lidar com frustrações, raiva, ou seja, com emoções; incentivar vínculos com pessoas que não usam drogas; ambientes com regras claras e não tolerantes ao uso de drogas; identificação precoce de comorbidades; incentivar a análise crítica das propagandas e modelos oferecidos pela mídia entre os jovens; incentivar e promover a união e continência familiar; estimular programas de prevenção nas escolas, com enfoque na prevenção afetiva e educativa (informação), em conjunto com o trabalho e orientação



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

dos pais; auxiliar no desenvolvimento de habilidades sociais e na relação com o sexo oposto; incentivar a consciência de cidadania e responsabilidade na comunidade.

Os estudos genéticos evidenciam que filhos de pais dependentes de álcool e/ou drogas apresentam risco quatro vezes maior de se tornarem dependentes. Van Den Bree, Johnson, Neale, & Pickens, (1998), demonstraram que fatores ambientais e genéticos interagem: a hereditariedade foi maior para o abuso/dependência de cocaína, estimulantes, maconha, álcool, enquanto que os fatores ambientais contribuíram mais para o uso inicial e ocasional das mesmas (NEAD - Núcleo Einstein de Álcool e Drogas do Hospital Israelita Albert Einstein).

Pesquisas brasileiras sobre uso de substâncias psicoativas com adolescentes

No IV Levantamento sobre uso de drogas entre estudantes de 1º e 2º graus em 10 capitais brasileiras em o consumo de drogas ilícitas tem se mantido constante, comparando-se os dados relativos aos anos de 1987, 1989, 1993 e 1997. Porém, analisando as tendências de uso na vida de cada substância em separado, notam-se aumentos importantes: a maconha aumentou de 2,8% em 1987, para 7,6% em 1997; o consumo de cocaína saltou de 0,5% em 1987 para 2,0% em 1997; e os anfetamínicos passaram de 2,8% em 1987 para 4,4% em 1997. Entre os usuários estudantes brasileiros, os adolescentes usuários do sexo masculino são semelhantes ao do sexo feminino, sendo 26,8% e 22,9% respectivamente (Galduróz, Noto, Nappo, & Carlini, 1997). Pesquisa domiciliar feita em vinte e quatro cidades maiores de São Paulo em 1999 pelo Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas traz a informação de que a maconha foi a droga ilícita que teve maior uso (5,6%). A prevalência da cocaína foi de 1,7%. (Galduróz, Noto, Nappo, & Carlini, 2000). Conforme pesquisa realizada com estudantes de medicina da UNESP, para analisar a prevalência de uso de drogas por estudantes da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP apontou como dados que as mulheres iniciam uso mais precocemente e o fazem mais frequentemente. As mulheres já usavam maconha, antes de ingressarem na faculdade (30% mulheres x 10% homens), o contrário ocorrendo com os solventes (50% homens x 2% mulheres). (Kerr-Corrêa, F., Andrade, A.G.; Bassit, A.Z. & Bocutto, N.M.V.F., 1999).

O álcool é a substância mais consumida entre os jovens, sendo que esta idade de início de uso tem sido cada vez menor, aumentando o risco de dependência futura. O uso



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

de álcool na adolescência está associado a uma série de comportamentos de risco, além de aumentar a chance de envolvimento em acidentes, violência sexual e participação em gangues. O uso de álcool por adolescentes está fortemente associado à morte violenta, queda de desempenho escolar, dificuldade de aprendizado, prejuízo no desenvolvimento e estruturação das habilidades cognitivo-comportamentais e emocionais (Pechansky, Szobot, & Scivoletto, 2004).

Conforme dados do I Levantamento Domiciliar sobre Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil em 2001, realizado nas 107 cidades do país, com pessoas com idade entre 12 e 65 anos, de ambos os sexos, apontam que 68,7% deles já haviam feito uso de álcool alguma vez na vida, o que estimou 11,2% da população brasileira que tinha dependência desta substância (Galduróz, Noto, Nappo, & Carlini, 2002). Já no II Levantamento, feito em 2005, aparece o padrão de consumo do álcool pelos brasileiros, que é de 52% acima de 18 anos, com bebida alcoólica. Os dados também trazem o consumo de álcool em faixas cada vez mais precoces (Galduróz, Noto, Nappo, & Carlini, 2005).

Pesquisa feita com residentes em uma comunidade pobre de Salvador-Bahia-Brasil, entre os anos 2001 e 2002, com o objetivo de investigar comportamentos de riscos e prevalência de infecções por via sexual ou sanguínea entre mulheres usuárias de crack, apontou que as mulheres usuárias de crack têm adotado comportamentos sexuais de risco e com isso, tem aumentado as chances de contaminação por doenças sexualmente transmissíveis (DST). Esse fato tem intensificado mais nas mulheres usuárias do que no sexo masculino usuário desse tipo de droga (Nunes, Andrade, Galvão-Castro, Bastos, & Reingold, 2007).

Os comportamentos de riscos apresentados são por exemplos: múltiplos parceiros e práticas desprotegidas de sexo oral, vaginal e anal. Também a queixa mais freqüente nas mulheres é a depressão, ansiedade e solidão. Existe a troca de sexo por dinheiro ou drogas, como o principal fator associado à transmissão de doenças sexualmente transmissíveis nesse grupo. Aparecem outros fatores que contribuem para o aumento de risco para o HIV, como à presença de ferimentos labiais e orais causados pelo uso de cachimbos para o consumo do crack. Os fatores de comportamento de risco que colaboram para a transmissão de doenças entre as usuárias de crack, são números de parceiros, antes e durante o intercurso sexual e práticas sexuais desprotegidas. O resultado encontrado na pesquisa mostra que das 125 mulheres entrevistadas, 90% delas possuíam baixa



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

escolarização e estavam desempregadas; 37% já tinham trocado sexo por dinheiro e drogas; 58% disseram que não usaram preservativos para fazer sexo nos 30 dias que antecederam a pesquisa. (Nunes *et al*, 2007).

A adolescência é uma etapa em que as influências externas adquirem importância progressiva. A maior independência dessa faixa etária, quando comparada à anterior, não a torna menos vulnerável ao contexto em que se vive. De forma diferente, o contexto influencia sua saúde e seu desenvolvimento físico e psico-social. As influências do contexto, acrescidas do fato de a adolescência ser uma época de experimentação natural, levam ao aparecimento de comportamentos de risco: início precoce da atividade sexual, não utilização de proteção no ato sexual, hábitos alimentares inadequados, baixos níveis de atividade física, uso de tabaco, álcool e outras substâncias psicoativas (Organização Mundial da Saúde [OMS] , 1999).

Giusti (2004) teve como objetivo descrever as características e investigar possíveis diferenças entre os gêneros dos adolescentes usuários de drogas em tratamento, quanto ao padrão de consumo de drogas, consequências do uso e evolução no tratamento, trás como resultado que 78% dos adolescentes tinham antecedente familiar de uso de drogas e envolvimento em atividades ilegais. O gênero feminino apresentou maior prevalência de uso de benzodiazepínico na vida (17,4%), primeiro uso de drogas com familiares (21,1%), outros diagnósticos além do transtorno por uso de substância (25,4%), transtorno depressivo maior (48,5%). O consumo de drogas e a prática de atividades ilegais estão nas mesmas proporções do gênero masculino. Enquanto que tentativas de suicídio e depressão são mais prevalentes entre o gênero feminino (Giusti, 2004).

O estudo realizado para verificar a violência comunitária e o abuso de álcool, entre adolescentes de ambos os sexos, trouxe como resultado que a violência comunitária é maior entre meninas e meninos adolescentes, que abusam de bebidas alcoólicas. Os adolescentes de ambos os sexos que consomem mais bebidas alcoólicas têm maior risco de sofrerem violência comunitária. (Giusti, 2004). Os dados mostram que adolescentes de 14 a 19 anos consomem e abusam mais de álcool do que adolescentes de 10 a 13 anos de idade. O consumo experimental de álcool entre os estudantes de 12 a 18 anos está em torno de 70%, sendo discretamente mais elevado para as meninas do que os meninos (Moreira, 2008). No Brasil, os estudos mais abrangentes, de âmbito nacional, são os levantamentos realizados pelo Cebrid em 1987, 1989, 1993, 1997, 2004, sobre o uso de drogas



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

psicotrópicas em estudantes do ensino fundamental e médio em 10 capitais do país e o V levantamento, de 2004, nas 27 capitais. Dessa maneira, a discussão sobre os dados obtidos neste estudo será feita comparando-os, principalmente com os resultados de algumas pesquisas realizadas pelo Cebrid e outras existentes sobre esse assunto.

Objetivo da pesquisa:

O presente estudo objetiva descrever as características psicossociais e a psicodinâmica de adolescentes usuárias de substâncias psicoativas, internadas em clínica de recuperação, para investigar o consumo de substâncias psicoativas, a psicodinâmica e identificar comportamentos de risco e de proteção à saúde das participantes do estudo.

Método

A presente pesquisa é qualitativa descritiva e de natureza exploratória. Foi incluído no estudo, um total de 14 adolescentes, internadas para tratamento de dependência de drogas. Foram criados dois grupos; o primeiro foi formado por todas as adolescentes de menor faixa etária (de 12 a 14 anos), presentes no momento da coleta de dados. O outro grupo foi constituído pelas adolescentes de maior faixa etária (15 a 17 anos).

Esse trabalho de pesquisa foi realizado em uma das unidades do CRAD - Centro de Recuperação Álcool e Drogas Desafio Jovem. Trata-se de uma entidade de caráter religioso, para ensino e orientação à formação do caráter cristão. Localiza-se no Sul de Minas Gerais. As unidades de recuperação estão divididas por gêneros e faixa etária de idade. Essas unidades estão localizadas em local rural, próximo a serra da Mantiqueira. A sede conta com uma área estimada de 50.000 m², com escritório, alojamento, refeitório, campo de futebol e piscina natural.

A filosofia dos trabalhos realizados no CRAD - Centro de Recuperação Álcool e Drogas Desafio Jovem, está baseada no livro “A CRUZ E O PUNHAL”, do autor David Wilkerson, que aborda a história de um homem que lutou contra a violência, as drogas e o crime, pregando - o amor de Deus. (Wilkerson, 2008).

A realização da coleta dos dados ocorreu com as adolescentes, na própria unidade (casa feminina), onde utilizamos uma sala, com carteiras, iluminação adequada para aplicação do Questionário de Identificação Sócio-Demográfico e Consumo de Substâncias



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Psicoativas, o teste projetivo H.T.P. e Inventário de Triagem do Uso de Drogas (“DUSI – Drug Use Screening Inventory”) conforme o cronograma.

Os instrumentos utilizados, para trabalhar com as adolescentes e coletar dados para a pesquisa foram: Questionário de Identificação de Dados Sócio-Demográficos e Consumo de Substâncias Psicoativas, H.T.P. – Casa-Árvore-Pessoa, Técnica Projetiva de Desenho: Manual e Guia de Interpretação / John N. Buck, Inventário de Triagem do Uso de Drogas (“DUSI – Drug Use Sceening Inventory”). (Buck, 2003).

Dentre os instrumentos de triagem disponíveis específicos para a população adolescente, o único já traduzido, adaptado e validado para a realidade brasileira é o “Inventário de Triagem do Uso de Drogas” (Drug Use Screening Inventory - DUSI), proposto originalmente por Tarter, (1990). Foi desenvolvido originalmente nos EUA, por um pesquisador da Universidade da Pensilvânia, Dr. Ralph Tarter, em resposta a uma necessidade prática e objetiva de um questionário que avaliasse de forma rápida e eficiente os problemas associados ao uso de álcool e/ou drogas pelos adolescentes (Tarter, 1990). Aqui no Brasil, ele foi adaptado e validado por pesquisadoras da Universidade Federal de São Paulo, para ser utilizado com a população de adolescentes. O objetivo desse instrumento de pesquisa é conhecer o real uso de drogas de uma amostra de jovens brasileiros e sua relação com problemas de saúde, psicológicos e sociais. Avalia o envolvimento de adolescentes com álcool e drogas.

Procedimento:

Após a aprovação do projeto de pesquisa pelo CEP-UMESP, foi iniciada no CRAD - Centro de Recuperação Álcool e Drogas Desafio Jovem, a coleta de dados com as adolescentes participantes do estudo. Após a aceitação da adolescente em participar da pesquisa foi assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelos pais ou responsáveis das adolescentes. A aplicação dos instrumentos ocorreu nos horários acertados com os responsáveis da Instituição.

A aplicação do instrumento Inventário de Triagem do Uso de Drogas (“DUSI – Drug Use Screening Inventory”) consta de dez áreas com perguntas fechadas a serem respondidas com as opções “Sim ou Não”. Em cada área os assuntos abordam os temas:

- I- Comportamento de uso de substâncias, com 15 questões;
- II- Padrões de comportamento, com 20 questões;



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

- III- Área da saúde, com 10 questões;
- IV- Desordem psiquiátrica, com 20 questões;
- V- Competência social, com 15 questões;
- VI- Sistema familiar, com 14 questões;
- VII- Escola, com 20 questões;
- VIII- Trabalho, com 10 questões;
- IX- Relacionamento com colegas, com 14 questões;
- X- Lazer e recreação, com 12 questões.

Para este inventário ser realizado, não foi designado em seu protocolo, nenhum tempo para a sua realização. Como são 150 questões, foi necessário mais ou menos uma hora para a sua aplicação. Para a aplicação do Inventário de Triagem do Uso de Drogas (“DUSI – Drug Use Screening Inventory”) foram utilizados lápis preto nº 2 e borracha.

As possibilidades de respostas são “sim” ou “não”, sendo que respostas afirmativas equivalem à presença de problemas. De Michelli & Formigoni (1997) demonstraram que a primeira das áreas do DUSI, constituída por 15 perguntas sobre problemas associados ao uso de substâncias, tria adolescentes com transtornos decorrentes do uso de álcool e/ou drogas.

Por ser um questionário de autopreenchimento é de aplicação rápida e não necessita de um treinamento exaustivo de seus aplicadores, apresentando as seguintes utilidades:

- Eficiente método para triagem de jovens que possam precisar de intervenção ou tratamento para problemas associados ao uso de drogas;
- Os resultados fornecidos auxiliam no planejamento terapêutico;
- Sua aplicação periódica permite o monitoramento do progresso do paciente em relação às metas estabelecidas;
- É útil no seguimento de avaliação após intervenção preventiva ou terapêutica.

Aspectos Éticos

As adolescentes que participam desta pesquisa foram escolhidas por conveniência, desde que obedecesse a faixa etária de idade e por adesão espontânea, ficando aberta a possibilidade da participante de desistir a qualquer momento. Os resultados desta pesquisa



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

serão exclusivamente para fins científicos e a autora assumirá total responsabilidade ética pelos dados encontrados na pesquisa. Nenhum dos instrumentos traz risco para as participantes. Os instrumentos para coleta de dados, somente foram aplicados após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido dos pais ou responsáveis das adolescentes participantes da pesquisa. Os resultados obtidos com a análise dos dados foram compartilhados com a Instituição, a fim de favorecer o tratamento oferecido às participantes.

Tratamento dos Dados

No Inventário de Triagem do Uso de Drogas (“DUSI – Drug Use Screening Inventory”); foram coletadas as respostas “Sim”, perfazendo o total das respostas em cada área temática, para os cálculos dos três índices: a Densidade Absoluta de problemas, a Densidade Relativa de problemas de cada área e a Densidade Global de problemas, para se chegar à pontuação do Inventário de Triagem do Uso de Drogas (ITUD).

Os dados coletados com a aplicação do Inventário de Triagem do Uso de Drogas (“DUSI – Drug Use Screening Inventory”) foram avaliados nas dez áreas temáticas. Foi feita a pontuação bruta das linhas, e registrado o total no espaço adequado. A partir daí, dividiu-se esse número pela pontuação da linha para cada área e multiplicou-se o resultado por 100, para se obter um índice percentual.

Síntese dos Resultados DUSI

No presente estudo os resultados apontam a densidade absoluta de problemas das adolescentes usuárias de substâncias psicoativas. Destacam-se como densidade absoluta maior as áreas de relacionamento com colegas (66,8%), lazer e recreação (62,5%), Padrões de Comportamentos (62,5%), Comportamento do Uso de Substâncias (60,5%) e Escola (60%), conforme demonstrado na Figura 1.



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

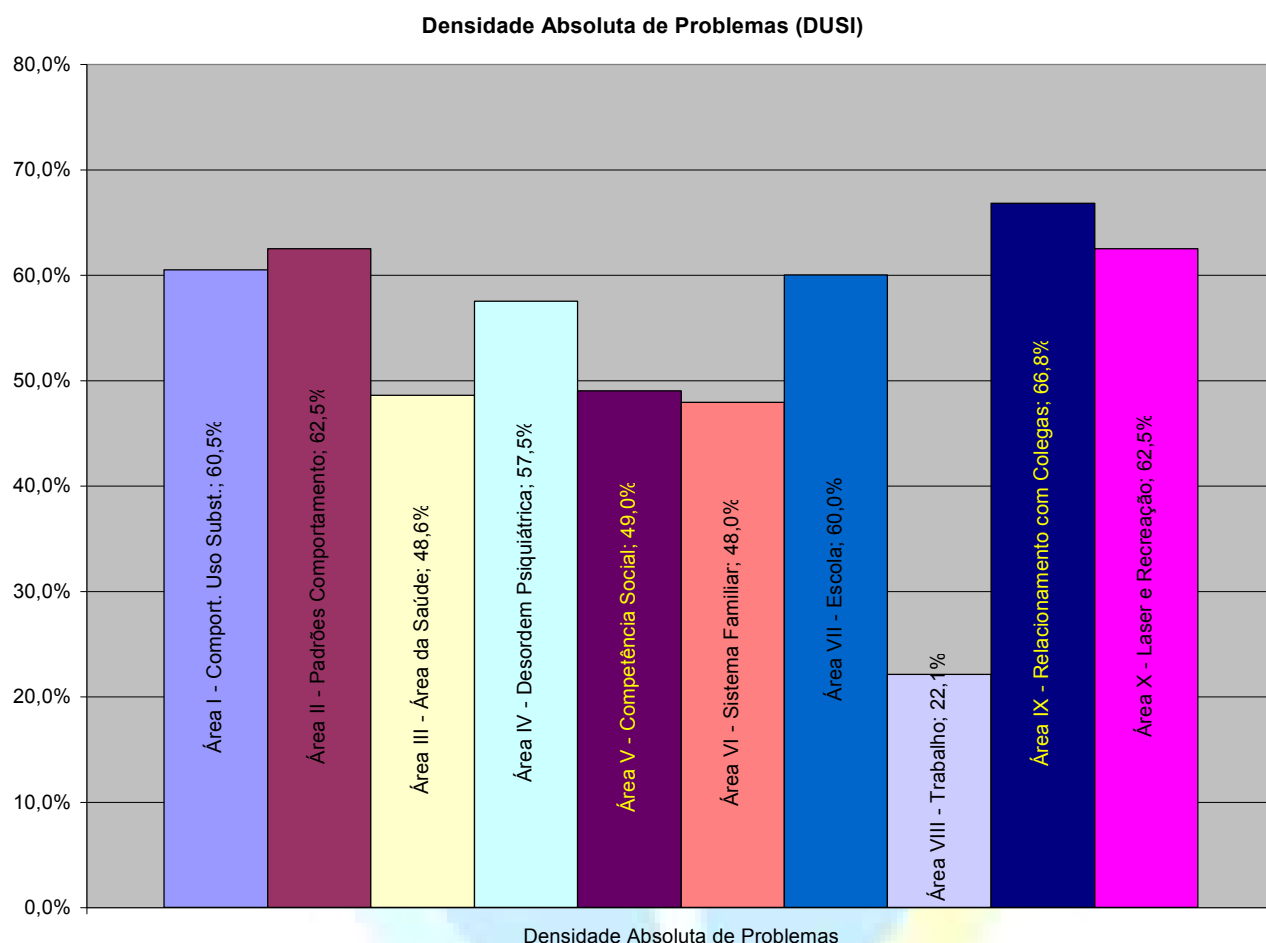


Figura 1. Densidade Absoluta de Problemas (DUSI)

A frequência de uso de substâncias no último mês foi demonstrada através do resultado como sendo a maconha (50 %) a droga utilizada mais de 20 vezes no mês, seguida da cocaína/crack (42,86%) e em terceiro lugar ficou o álcool (28,57%).

A substância que as adolescentes tiveram problemas com o seu uso foram a cocaína/crack (50%) e a maconha (21,43%). As demais drogas não foram citadas.

A substância tida como predileta pelas adolescentes participantes da pesquisa foram a cocaína/crack (57,14%), maconha (28,57%) e o álcool (14,29%), conforme demonstrado na Figura 2.



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

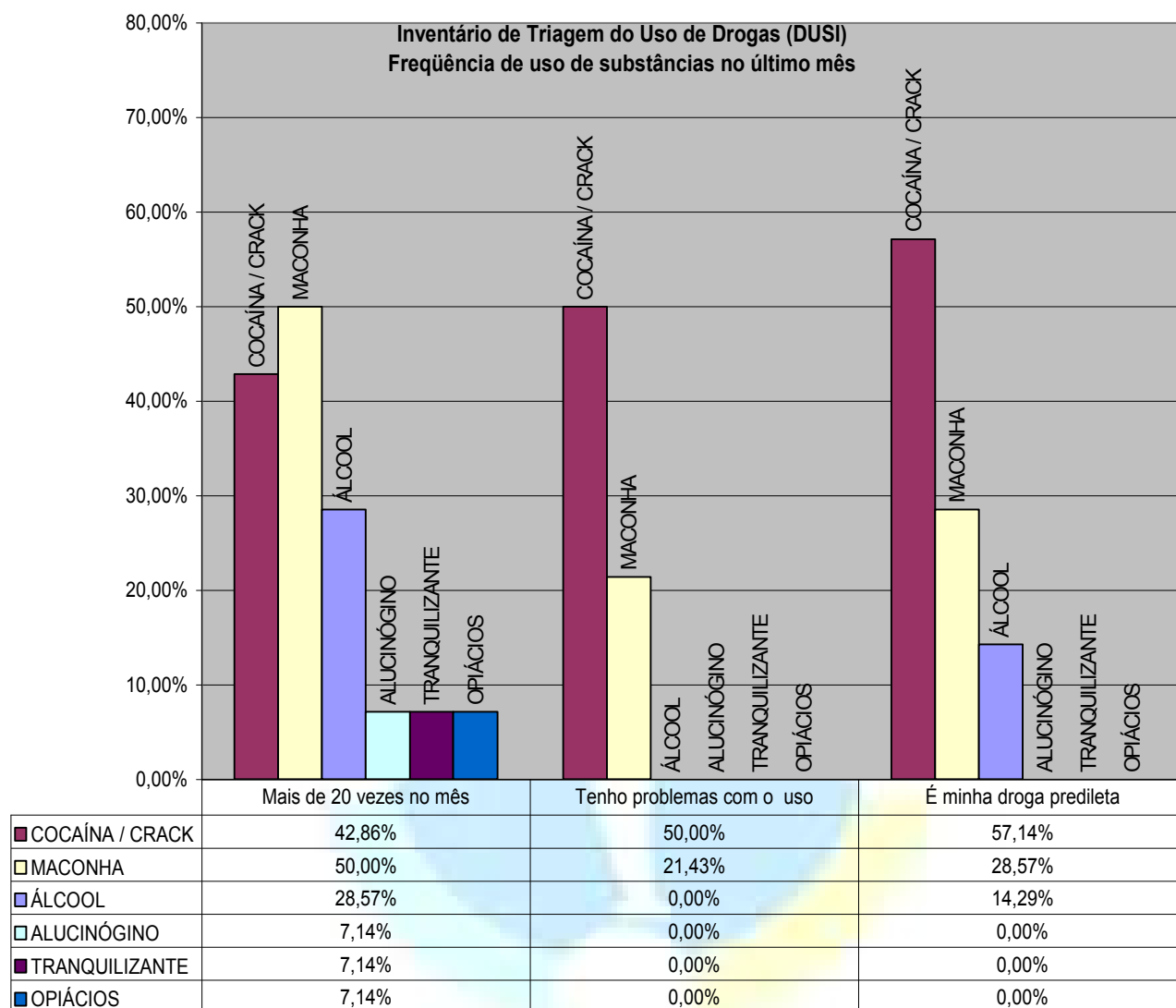


Figura 2. Inventário de Triagem do Uso de Drogas (DUSI)

Considerações Finais

Através dessa pesquisa, pôde-se constatar a relevância do estudo do envolvimento das adolescentes com o uso de substâncias psicoativas, assim como a dimensão desse assunto. Percebeu-se uma carência de trabalhos científicos com adolescentes usuárias de substâncias psicoativas, devido poucos pesquisadores tecerem considerações teóricas e aprofundarem sobre esse tema, havendo inúmeras pesquisas desse tipo com o gênero masculino em nossa literatura e pouca ou quase nada sobre o gênero feminino.



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Neste estudo, observou-se que a vulnerabilidade para o uso e abuso de drogas é presente na vida dessas jovens, e é intensificado sem os fatores de proteção oferecidos pelo ambiente familiar, onde a inexistência de apoio, calor, segurança, auto-estima, proteção, confiança nos contatos sociais, afeto, autonomia não existem ou são deficitários, oferecidos de maneira distorcida que deixam as adolescentes descontentes e frustradas com a incapacidade de não serem atendidas nas suas necessidades básicas.

Propõem-se futuros estudos nos quais seja identificado o ambiente familiar e social e em que circunstâncias estas adolescentes vivem e quais os impactos deste meio e outras situações em suas vidas. Situações, como negligência, violência e abandono paterno, bem como o envolvimento com drogas lícitas e ilícitas pelos pais e outros familiares, devem ser objeto de medidas de proteção de políticas públicas de promoção de saúde familiar e comunitária e de redução de danos relacionados ao uso de substâncias psicoativas.

Referências

- Buck, J. (2003). H-T-P: casa-árvore-pessoa, técnica projetiva de desenho: manual e guia de interpretação/John N. Buck; tradução de Renato Cury Tardivo; revisão de Irai Cristina Boccato Alves. 1ª edição. São Paulo: Vetor.
- De Micheli, D., Formigoni, M.L.O.S. (1997). Adaptação de um Instrumento de Triagem para Uso de Drogas numa Amostra de Adolescentes Brasileiros. Anais do XII Congresso Brasileiro de Alcoolismo e Outras Dependências, Recife.
- Galduróz, J.C., Noto, A.R., Nappo, S., Carlini, E.A. (2002). I Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 107 maiores cidades do país, 2001. Brasília: SENAD.
- Galduróz, J.C., Noto, A.R., Nappo, S., Carlini, E.A. (2000). I Levantamento domiciliar nacional sobre o uso de drogas psicotrópicas. Parte A: estudo envolvendo as 24 maiores cidades do Estado de São Paulo, 1999. São Paulo: CEBRID, UNIFESP.
- Galduróz, J.C., Noto, A.R., Nappo, S., Carlini, E.A. (2005). II Levantamento domiciliar nacional sobre o uso de drogas psicotrópicas. Parte A: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país, 2005. Brasília: SENAD.
- Galduróz, J.C., Noto, A.R., Nappo, S., Carlini, E.A. (1997). IV Levantamento sobre o uso de drogas entre estudantes 1º e 2º graus em 10 capitais brasileiras. São Paulo : CEBRID.
- Gigliotti, A., Carneiro, E., Aleluia G. (2008). Drogas.Sem. Rio de Janeiro: BestSeller.



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Giusti, J. S. (2004). Adolescentes usuários de drogas que buscam tratamento: as diferenças entre os gêneros. Dissertação (Mestrado em Psiquiatria) – Faculdade de Medicina (FM). Base de dados USP-Teses. Disponível no site <<http://www.teses.usp.br/teses>>. Acesso em: 18.jan.2009.

Kerr-Corrêa, F., Andrade, A.G.; Bassit, A.Z.; Bocutto, N.M.V.F. (1999). Rev Bras Psiquiatr, 21(2):95-100. Disponível no site: <http://www.grea.org.br/artigos/artigos_23.htm>. Acesso em: 23.dez.2008.

Laranjeira, R., Franco, D. P., Balego R., & Bezelga M. (2003). Usuários de substâncias psicoativas: abordagem, diagnóstico e tratamento. 2ª ed. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo - Associação Médica Brasileira (CREMESP AMB). Disponível no site: <http://www.cremesp.org.br/library/modulos/publicacoes/pdf/substancias_psicoativas_2.pdf> Acesso em: 18.dez.2008

Moreira, C. T. (2008). O Uso de Álcool e a Violência Interpessoal. Dissertação (Mestrado em Fono) – Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, 2008. Disponível no site: <<http://www.jped.com.br/conteudo/08-84-03-244/port.asp?cod=1830>>. Acesso em 24.fev 2009.

Núcleo Einstein de Álcool e Drogas do Hospital Israelita Albert Einstein. (2003). Álcool e Drogas sem Distorção, São Paulo. Disponível no site: <http://www.einstein.br/alcooledrogas>. Acesso em: 14.fev.2010.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Serie de Informes Técnicos (1999); 886. Programación para la salud y el desarrollo de los adolescentes. Ginebra.

Nunes, C. L. X., Andrade, T., Galvão-Castro, B., Bastos, F., Reingold, A., (2007). Assessing risk behaviors and prevalence of sexually transmitted and blood-borne infections among female crack cocaine users in Salvador- Bahia, Brazil. BrazJ Infect Dis, vol. 11, no. 6, pp. 561-566. ISSN 1413-8670. Disponível no site:<http://www.scielo.br/scielo.php?Script=sci_abstract&pid=S1413-86702007000600007>Acesso em 19.jan.2009

Osório, L.C. (1992). Adolescente hoje. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed.

Pechansky, F., Szobot, C.M., Scivoletto, S. (2004). Uso de álcool entre adolescentes: conceitos, características epidemiológicas e fatores etipatogênicos. Rev Bras Psiquiatr;26 (Supl 1): 14-17. Disponível no site: <http://www.grea.org.br/artigos/artigos_65.htm>. Acesso em 04.dez.2008.

Tarter, R. (1990). Evaluation and treatment of adolescent substance abuse: A decision tree method. American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 16, 1-46.



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Van Den Bree, M. B. M., Johnson, E.O., Neale, M.C., Pickens, R.W. Genetic and environmental influences on drug use and abuse/dependence in male and female twins. *Drug and Alcohol Dependence*, 52: 231-41, 1998.

Wilkerson, D. (2008). *A cruz e o punhal*. 2ª ed. Belo Horizonte: Betânia.





III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Avaliação do estresse em crianças usuárias de um CAPSI

Natália de Andrade de Moraes ¹

Marisangela Spolaôr Lena ¹

Caroline Matos Romio ¹

Hericka Zogbi Jorge Dias ¹

¹ Universidade Federal de Santa Maria (UFSM)

RESUMO

Este trabalho trata de um estudo sobre estresse em crianças usuárias de um CAPS infantil. Apresenta dados de abordagem quantitativa, mensurados através da Escala de Stress Infantil – ESI, que avalia sintomas de estresse infantil nas áreas física e psicológica. Os participantes são crianças de idade entre seis e 14 anos, de ambos os sexos, totalizando 31. Foram levantados dados relevantes acerca da presença de sintomatologia de estresse nos usuários do serviço (63.2% apresentam algum sintoma de estresse), principalmente o psicológico com componente depressivo (73.7%). Além disso, cabe destacar o fato de que, na média, as crianças usuárias do serviço se encontram na fase de alerta. Relativamente aos dados, enfatiza-se a tentativa de mensuração do sofrimento do indivíduo, em detrimento de qualquer finalidade diagnóstica. Na mesma direção, ressalta-se que buscar conhecer e avaliar o estresse infantil denota uma preocupação com o trabalho preventivo e com ações de cuidado que visem à prevenção e promoção de saúde. Nesse contexto, o estresse é apenas um dos aspectos possíveis de serem avaliados em quadros de sofrimento, de modo que qualquer ação terapêutica deve considerar a situação global do indivíduo.

Palavras-chave: Estresse; CAPS; Infância

INTRODUÇÃO

É comum que, em seus cotidianos, as pessoas se refiram ao *stress* (ou estresse). Referem sentir-se estressadas e, comumente, relacionam essa percepção a sintomas



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

específicos que, a partir de algum momento, começaram a expressar. A literatura científica, nessa mesma direção, busca conceituar o *stress* e avaliá-lo segundo uma série de sintomas e alterações expressas pelo organismo dos indivíduos, de modo que ele possa ser detectado em suas fases iniciais e tratado.

O estresse pode ser definido como um conjunto de reações do organismo quando exposto a qualquer estímulo que o irrite, excite, amedronte e/ou faça feliz (Lipp, 1984, 2000). Ainda, é definido como um estado de tensão que rompe com a homeostase do organismo (Lipp, 2000). Em outras palavras, pode-se dizer que o organismo deixa de funcionar como faz caracteristicamente, devido à exposição a certo estímulo (interno ou externo).

Segundo Selye (1976 como citado em Lipp & Lucarelli, 2005, p.12), o estresse é causado por alterações que o organismo sofre ao ser submetido a uma situação qualquer que exija um esforço adaptativo. Esse estímulo pode ser inerentemente estressante ou atingir essa característica segundo a percepção do indivíduo, bem como o significado que ele lhe atribui. Da mesma forma, o estímulo não necessita ser “negativo” para ser estressor. O foco recai na necessidade de adaptação do indivíduo à situação, independentemente da qualidade do estímulo.

Algumas características vinculadas às reações químicas produzidas pelo estresse são desejáveis e até mesmo necessárias, pois impulsionam o indivíduo à ação. Entretanto, se os estímulos externos forem percebidos pela pessoa como altamente ameaçadores e esta contar com poucas habilidades para manejá-los, o estado de stress pode perdurar, resultando em um desgaste do organismo (Lipp & Lucarelli, 2005).

Tal como o adulto, a criança está suscetível ao estresse. Este se assemelha ao que ocorre no adulto, podendo, igualmente, englobar alterações psicológicas e físicas no organismo da criança, provenientes de fontes internas ou externas (Mombelli, Costa, Marcon & Moura, 2011). É visto, no entanto, que, na criança, as situações de estresse podem se prolongar por muito tempo, contribuindo para efeitos na vida adulta (Boer, 2009). Isso se dá porque a criança dificilmente comunica sobre o seu próprio estresse, dependendo, em geral, do olhar de um adulto para a sua detecção e encaminhamento para tratamento.

De fato, Tricoli e Bignotto (2000) apontam que as fontes internas de estresse (características da personalidade, pensamentos e atitudes da criança frente às diversas



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

situações que ela precisa enfrentar na sua vida; sua maneira de perceber a si e ao mundo) têm início na infância, de acordo com o que é transmitido à criança pelos adultos que a educam. Dessa forma, explicitam a importância do manejo do estresse ainda na infância, de forma a prevenir quadros graves na vida adulta.

Quanto à avaliação do estresse (infantil e adulto), aponta-se para quatro fases distintas, segundo as quais alguns conjuntos de alterações (físicas, químicas e psicológicas) evoluem. São as fases de Alerta (ou Alarme), Resistência (ou Defesa), Quase-exaustão e Exaustão, que serão brevemente abordadas, segundo o exposto por Lipp e Lucarelli (2005).

Na Fase de Alerta o organismo é mobilizado, pois reconhece o estressor e reage bioquimicamente a ele. As alterações bioquímicas acontecem no sentido de preparar o indivíduo para a ação (há, por exemplo, aumento da frequência cardíaca e da pressão arterial, fornecendo mais oxigênio e nutrientes ao cérebro, músculos e órgãos vitais). Com a retirada do estressor, o organismo volta ao nível anterior de funcionamento. No entanto, caso o estressor persista em contato com o indivíduo, este pode passar para a segunda fase de estresse.

Na Fase de Resistência, há dispêndio de grande quantidade de energia pelo organismo, na tentativa de manter seu equilíbrio. O organismo não se recupera e permanece em alerta, podendo chegar à exaustão se mantido nesse estado por muito tempo.

Na Fase de Quase-exaustão, a tensão já extrapola o limite controlável pelo organismo. A pessoa ainda tem certo controle sobre si (consegue manter-se lúcida e exercer algumas atividades cotidianas), porém às custas de muita energia, o que causa grande instabilidade emocional. São afetadas as defesas imunológicas e pode iniciar o surgimento de doenças físicas e psicológicas.

A Fase de Exaustão é a fase patológica do estresse. Há agravamento do desgaste do organismo e do quadro sintomatológico apresentado. Pode haver disfunções e doenças graves ou mesmo fatais.

A vulgarização do uso da palavra estresse pode dificultar a percepção de um quadro patológico real. Quando abordado como cotidiano, o estresse perde sua característica de gravidade, o que pode dificultar sua detecção e tratamento. A realização de estudos nessa área, além de colaborar para o desenvolvimento do tema, serve para alertar os indivíduos sobre a seriedade do assunto e a importância do trabalho preventivo. Na especificidade da infância, pontua-se a escassez de estudos na área e a necessidade de desenvolvimento de



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

pesquisas, para que métodos adequados de prevenção e manejo do estresse infantil sejam elaborados (Lipp, Arantes, Buriti & Witzig, 2002). Ademais, o estresse infantil é menos evidenciado nas mídias de massa, podendo ser facilmente negligenciado pelos cuidadores da criança.

Grande parte das pesquisas acerca do estresse infantil foca-se na criança em fase escolar, analisando diferentes aspectos da realidade apresentada pelas instituições de ensino (Tanganelli & Lipp, 1998; Lipp *et al.*, 2002; Lemes *et al.*, 2003; Medeiros & Nóbrega, 2005; Pacanaro & Di Nucci, 2005; Raimundo & Pinto, 2006). A proposta da pesquisa apresentada neste estudo se diferencia dessas perspectivas, visto que foi desenvolvida em um Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil (CAPSi). Através da prática no serviço, surgiram dúvidas quanto ao diagnóstico e sintomatologia das crianças, e uma avaliação de estresse se mostrou necessária. Além disso, o estresse, assim como o sofrimento psíquico grave na infância, pode ter origens ambientais, fazendo-se necessária tal distinção diagnóstica para que o tratamento seja efetivo.

A instituição mencionada caracteriza-se por ser um serviço substitutivo, surgindo a partir do processo da Reforma Psiquiátrica e buscando afastar o atendimento em saúde mental do viés estritamente biomédico e hospitalocêntrico. Dirige os seus serviços a crianças e adolescentes em sofrimento psíquico intenso, a saber, neuroses graves, psicoses e autismo (Ministério da Saúde, 2004).

As propostas de atendimento do CAPSi são diversas, visto que trabalha-se com o conceito de clínica ampliada, vinculando a noção de um atendimento integral aos usuários do serviço. Igualmente, busca a reinserção social dos sujeitos, trabalhando com dispositivos socializantes e extrapolando a lógica clínica.

OBJETIVOS

Considerando o exposto, este trabalho surge com o objetivo de apresentar dados gerais de estresse em crianças usuárias de um CAPS infantil. Cabe ressaltar que este trabalho faz parte de um projeto maior, denominado PROCONVIVE - “Projeto de implantação do espaço de convivência permanente para crianças usuárias do CAPS infantil da cidade de Santa Maria, RS, e avaliação do impacto da intervenção terapêutica em usuários, cuidadores e funcionários do CAPSi” (DECIT/SCTIE/MS, CNPq, FAPERGS,



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

SES/RS; Edital PPSUS 02/2009; Nº 0900982). Além disso, é vinculado ao grupo Psicologia das Relações e Saúde, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM).

METODOLOGIA

Este trabalho tem abordagem quantitativa e o instrumento utilizado para a mensuração foi a Escala de Stress Infantil – ESI (Lipp & Lucarelli, 2005), que avalia sintomas de estresse infantil nas áreas física e psicológica, através de um questionário estruturado em 35 itens, em escala Likert de zero a quatro pontos. A escala objetiva avaliar o estresse em crianças entre seis a 14 anos, de ambos os sexos, em quatro dimensões: reações físicas (rf), reações psicológicas (rp), reações psicológicas com componente depressivo (rped) e reações psicofisiológicas (rpf).

Foram avaliadas 31 crianças, de um total de 180 em tratamento na instituição, que para serem incluídas no estudo deveriam: 1) estar em atendimento no CAPSi de Santa Maria no período de janeiro a julho de 2011; 2) ter até 12 anos de idade e 3) aceitar participar voluntariamente da pesquisa. A equipe de coleta de dados foi composta por participantes do grupo Psicologia das Relações e Saúde, vinculados à UFSM (enquanto estudantes de graduação ou pós-graduação). A coleta foi realizada no próprio CAPSi, quando os usuários estavam no intervalo de alguma atividade. Os instrumentos foram aplicados individualmente e, antes da aplicação, os objetivos da pesquisa eram explicados, bem como o caráter voluntário da participação, assim desvinculado do atendimento recebido na instituição.

A análise quantitativa dos dados se deu em termos de estatística descritiva (média, moda, mediana, freqüências e percentuais), para descrição das características gerais da amostra. Os cálculos foram realizados através de pacote estatístico SPSS 17.0.

O projeto guarda-chuva já mencionado foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria, sendo as coletas iniciadas apenas após a aprovação. Estas eram realizadas mediante a aceitação explícita de participação, tanto das crianças quanto de seus pais/cuidadores. Os participantes e seus responsáveis foram informados sobre os objetivos da pesquisa. Os cuidadores assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido, que lhes foi lido, a fim de esclarecer qualquer dúvida. A aceitação da criança foi igualmente considerada, buscando o seu consentimento verbal.



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

O instrumento e informações coletadas estão sob os cuidados dos pesquisadores responsáveis pelo projeto. O sigilo de todos os participantes é mantido.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Dentre os dados encontrados na pesquisa realizada no CAPSi, um dado relevante é o que demonstra que 63.2% das crianças apresentam sintomas de estresse. Importante no sentido de que tal sintomatologia, muitas vezes, não é levada em consideração no tratamento dessas crianças, ainda que interfira ativamente no seu funcionamento global e interação com o meio.

O dado apontado é muito semelhante ao encontrado em estudo realizado com crianças em tratamento quimioterápico (Marques, 2004), onde 60% das crianças apresentaram sintomatologia de estresse. Todavia, diferentemente do estudo de Marques (2004), que apontou que a sintomatologia predominante nas crianças com câncer foi a psicológica (40%), nas crianças do CAPSi foi a psicológica com componentes depressivos, correspondendo a 73.7% do total. Este é um dado relevante porque demonstra um sofrimento até então não considerado ao se construir os planos terapêuticos dessas crianças. Estudos avaliando o estresse em crianças em sofrimento psíquico intenso não foram encontrados, de modo que não se pôde estabelecer correlação com outras pesquisas afins.

Pôde-se apurar, também, que 36.8% delas se encontram na fase de alerta. Esta não corresponde ainda a um adoecimento, mas inspira cuidados caso o agente estressor permaneça presente. A identificação do estresse precocemente possibilita o reconhecimento dos agentes estressores aos quais a criança está exposta, auxiliando no tratamento do estresse em sua fase inicial, menos prejudicial para o desenvolvimento geral do paciente infantil.

Esses dados nos apontam para linhas terapêuticas e de cuidado que podem ser seguidas e/ou consideradas ao nos voltarmos a essa população. Medidas profiláticas junto aos cuidadores das crianças em tratamento no já mencionado centro de atenção, bem como grupos terapêuticos ou de orientação, focados na problemática exposta, podem colaborar na redução dos índices de estresse infantil e prevenir o aparecimento de comorbidades.



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Remetendo ao transtorno grave e ao trabalho suposto para os CAPSi, pode-se pensar na importância de se buscar compreender as conflitivas dos indivíduos e os aspectos que dificultam suas trocas com o meio. O estresse é parte do funcionamento geral do sujeito, que é influenciado pelo meio, mas que também o influencia. Qualquer ação terapêutica deve considerar esse contexto, visando sempre o atendimento integral do indivíduo.

CONCLUSÕES

O estudo científico do estresse permite distanciar este de sua acepção cotidiana e demarcá-lo em um lugar de cuidado. Buscar conhecer e avaliar o estresse infantil denota uma preocupação com o trabalho preventivo e com ações de cuidado que visem à promoção de saúde, além de permitir pensar possíveis atuações em prevenção em saúde mental. No âmbito dos transtornos psíquicos graves, o que se objetiva ao avaliar o estresse é a mensuração do sofrimento do indivíduo. Com isso, quer-se dizer que os fins não são diagnósticos, mas de busca de sinais de adoecimento ou dados que apontem focos a serem atentos, no sentido de se ter um norte de tratamento.

Frente aos resultados observados, pode-se concluir que as crianças do referido CAPSi apresentam níveis significativos de estresse (63.2%), com destaque para a sintomatologia psicológica com componentes depressivos (73.7%). Esses dados ajudam a caracterizar as crianças usuárias do serviço, no que se refere ao estresse, de modo que as atividades terapêuticas podem ser pensadas também a partir do que foi levantado pela pesquisa.

Enfatiza-se que o estresse é apenas um dos aspectos possíveis de serem avaliados em quadros de sofrimento, de modo que qualquer ação terapêutica deve considerar a situação global do indivíduo. Os resultados apresentados podem auxiliar na construção de práticas dirigidas à população estudada, no entanto não podem ser considerados totais.



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

REFERÊNCIAS

- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. (2004). *Saúde Mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Lemes, S. O., Fisberg, M., Rocha, M. G., Ferrini, L. G, Martins, G., Siviero, K. & Ataka, M. A. (2003). Stress infantil e desempenho escolar – avaliação de crianças de 1ª a 4ª série de uma escola pública do município de São Paulo. *Revista Estudos de Psicologia*, 20(1), 5-14.
- Lipp, M. E. N. (1984). Stress e suas implicações. *Estudos de Psicologia*, 1, 5-19.
- Lipp, M. E. N. (Org.). (2000). *O stress está dentro de você*. São Paulo: Contexto.
- Lipp, M. E. N., Arantes J. P., Buriti, M. S. & Witzig, T. (2002). O estresse em escolares. *Psicologia Escolar e Educacional*, 6(1), 51-56.
- Lipp, M. E. N. & Lucarelli, M. D. M. (2005). *Escala de stress infantil: ESI – Manual* (2a ed.). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Marques, A. P. F. S. (2004) Câncer e estresse: um estudo sobre crianças em tratamento quimioterápico. *Psicologia Hospitalar*, 2(2).
- Medeiros, E. N., Nóbrega, M. M. L. da. (2005). Prevalência do estresse infantil em estudantes do ensino fundamental em escolas pública e privada. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 7(1), 64-71. Recuperado em 10 maio, 2012, de <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/860/1032>.
- Mombelli, M. A., Costa, J. B., Marcon, S. S. & Moura, C. B. (2011). Estrutura e suporte familiar como fatores de risco de stress infantil. *Estudos de Psicologia*, 28(3), 327-35.
- Pacanaro, S. V. & Di Nucci, E. P. (2005). Stress infantil: uma comparação entre meninos e meninas do ensino fundamental. *Argumento*, 7(13), 65-75.
- Raimundo, R. C. P. & Pinto, M. A. P. M. (2006). Stress e estratégias de coping em crianças e adolescentes em contexto escolar. *Aletheia*, 24, 9-19.
- Tanganelli, M S. L. & Lipp, M. E. N. (1998). Sintomas de stress na rede pública de ensino. *Estudos de Psicologia*, 15(3), 17-27.
- Tricoli, V. A. C. & Bignotto, M. (2003). Aprendendo a se estressar na infância. In M. E. N. Lipp (Org.). *O stress está dentro de você*. São Paulo: Contexto.



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Campanhas publicitárias referente à saúde da mulher: um estudo de levantamento

Verônica Bem dos Santos ¹

Bruna Osório ¹

Adriane Roso ¹

¹ Universidade Federal de Santa Maria (UFSM)

RESUMO

Este trabalho tem por objetivo conhecer e analisar as Campanhas Publicitárias divulgadas no site oficial do Ministério da Saúde, especificamente da Saúde da Mulher. Refere-se a um levantamento sistemático dessas campanhas no referido site. A partir de então, desenvolve-se uma discussão a respeito do papel ocupado pela mulher na sociedade e nas Políticas Públicas de saúde, pautada nas questões de gênero. Nessa via, entende-se que não existe uma forma única de ser mulher, na qual, as Políticas Públicas de saúde da mulher e as campanhas relacionadas a elas, necessitam levar em conta essa diversidade de maneiras a não veicular um único modelo de mulher. Portanto, dentre os resultados do levantamento sistemático apontamos a existência de 13 (treze) campanhas. Dos 13 registros, a maioria refere-se à maternidade. Percebeu-se, através da análise, que as mesmas acabam por legitimar um discurso sobre o feminino que possivelmente reforça situações de opressão e desconsideração sobre a mulher. Nesse sentido é necessário apontar para a definição de gênero e demarcar as assimetrias de gênero como algo a ser considerado na construção das políticas públicas de saúde para mulheres.

Palavras-chave: Saúde da Mulher; Campanhas Publicitárias; Ministério da Saúde.

INTRODUÇÃO

A história recente da saúde no Brasil tem como marco a Constituição Federal (CF) de 1988, que deu nascimento ao Sistema Único de Saúde (SUS). A CF estabelece em seu artigo 196 que: “A saúde é direito de todos e dever do estado, garantido mediante políticas



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (Brasil, 1988, p. 54).

Porém, em 1983 foi elaborado, antes mesmo da CF, e posteriormente publicado, em 1984, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM). O documento “Assistência Integral a Saúde da Mulher: bases de ação programática” serviu de apoio para a elaboração desse Programa, o qual significou uma ruptura do modelo até então desenvolvido, que dava ênfase ao viés materno-infantil. Em 2004 foi designado pelo então presidente Luís Inácio Lula da Silva, o Ano da Mulher. No mesmo ano aconteceu a I Conferência Nacional de Políticas Públicas para as Mulheres e o Ministério de Saúde lançou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), com princípios, diretrizes e plano de ação 2004-2007. A PNAISM buscou consolidar os avanços no campo dos direitos sexuais e direitos reprodutivos, dentre outros (BRASIL, 2004).

Apesar desses movimentos, vivemos em uma sociedade marcada por desigualdades de gênero, e operar considerando o conceito de gênero se faz relevante para a construção de Políticas para a saúde e nesse contexto, para a saúde da mulher. De acordo com Medeiros e Guareschi (2010), quando inseridas as questões de gênero nas Políticas de Saúde da Mulher, já devemos trabalhar com o plural, pois “a mulher” no singular propõe uma categoria, que leva a entendê-la de forma universal e única. A ideia de plural se liga a concepção de gênero, entendida como uma categoria de organização dos indivíduos, estabelecidas por meio das relações sociais que vão sendo construídas na história. Nessa via, entende-se que não existe uma forma única de ser mulher, portanto, as Políticas Públicas de Saúde da Mulher e as campanhas relacionadas a elas, necessitam levar em conta essa diversidade de maneiras a não veicular um modelo de mulher. Necessário assim, apontar para a definição de gênero e demarcar as assimetrias de gênero como algo a ser considerado na construção dessas campanhas.

Portanto, o processo de construção dessas Políticas de Saúde da Mulher, através das campanhas, relacionadas às questões de gênero, vai nos dizer das construções e expectativas sociais afirmadas em relação ao que é ser mulher e ao que é ser homem. Ou seja, a veiculação de formas simbólicas em mídias de massa (no caso a internet) produzem efeitos nos sujeitos que interagem com elas. Levando em consideração que *Política*



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Pública expressa a conversão de demandas e necessidades privadas e estatais em decisões e ações públicas que afetam e comprometem a todos (Pereira, 2008), propomos no presente estudo analisar as campanhas publicitárias divulgadas na internet através do site oficial do Ministério da Saúde, especificamente às referentes à Saúde da Mulher.

OBJETIVOS

Este trabalho tem por objetivo conhecer e analisar as Campanhas Publicitárias divulgadas no site oficial do Ministério da Saúde, especificamente da Saúde da Mulher. Pretende-se também desenvolver uma discussão a respeito do papel ocupado pela mulher na sociedade e nas Políticas Públicas de saúde, pautada nas questões de gênero.

METODOLOGIA

O referente trabalho é um levantamento sistemático das campanhas publicitárias destinadas à saúde das mulheres. Como método, foi acessado o Portal da Saúde SUS (Brasil, 2012), site oficial do Ministério da Saúde, através do link <http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/index.cfm>, e logo após acionado o link “Saúde para você” localizado na barra azul superior, sublink “Saúde da Mulher”. Entrando na respectiva página, clicamos em “Campanhas publicitárias” que tem como descrição a seguinte frase “[Veja as campanhas publicitárias com foco na saúde da mulher](#)”, abrindo este atalho deparamos com 13 (treze) campanhas publicitárias e um link para “Outras Campanhas”. Este último link não foi analisado, porém clicando no mesmo dava o acesso para o total de 84 (oitenta e quatro) registros.

Após a cuidadosa observação das peças de todas as treze campanhas, realizamos a categorização das informações encontradas, criando dois grupos: campanhas com foco na mulher, e campanhas com foco na maternidade. A partir de então processamos a discussão dos dados, com base em produções bibliográficas sobre saúde das mulheres.

Trata-se de um estudo descritivo, de cunho exploratório, inserido em um projeto de nível superior intitulado “Saúde das Mulheres: discursos em movimento”, registrado no Gabinete de Projetos da Universidade Federal de Santa Maria – UFSM.



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Como resultados do levantamento sistemático foram encontradas 13 (treze) campanhas: Campanha de Licença-maternidade (2010); Campanhas de Doação de Leite Materno (2011, 2009 e 2008); Campanha da Semana Nacional de Aleitamento Materno (2009); Campanha de Divulgação da Central de Atendimento à Mulher (2009); Campanhas da Semana Mundial de Amamentação (2011, 2010, 2009 e 2008); Campanha de Planejamento Familiar (2008); Campanha de Incentivo ao parto Normal (2008); e Campanha contra a AIDS no Carnaval (2008).

Das 13 campanhas analisadas, 11 se referem à maternidade (84,6%). Dessas 11, 10 (90,9%) orientam e esclarecem sobre formas de conduzir a maternagem e 1 (9,1%) orienta sobre formas de prevenir a gravidez. As dez campanhas que orientam sobre formas de conduzir a maternagem se voltam mais para as crianças do que para a mulher, e esta é referida através do seu corpo que gesta e cuida. As outras duas campanhas orientam sobre violência contra a mulher e prevenção da Aids.

O quadro abaixo caracteriza o ano e o foco de cada campanha:

CAMPANHAS PUBLICITÁRIAS	ANO	FOCO
Campanha de Licença-maternidade	2010	Maternidade
Campanhas de Doação de Leite Materno	2011	Maternidade
Campanhas de Doação de Leite Materno	2009	Maternidade
Campanhas de Doação de Leite Materno	2008	Maternidade
Campanha da Semana Nacional de Aleitamento Materno	2009	Maternidade
Campanha de Divulgação da Central de Atendimento à Mulher	2009	Violência contra a mulher
Campanha da Semana Mundial de Amamentação	2011	Maternidade
Campanha da Semana Mundial de Amamentação	2010	Maternidade
Campanha da Semana Mundial de	2009	Maternidade



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Amamentação		
Campanha da Semana Mundial de Amamentação	2008	Maternidade
Campanha de Planejamento Familiar	2008	Maternidade
Campanha ao Incentivo ao Parto Normal	2008	Maternidade
<i>Campanha contra a AIDS no Carnaval</i>	<i>2008</i>	<i>AIDS</i>

Quadro 1- Levantamento das Campanhas - Site do Ministério da Saúde

As onze campanhas as quais entendemos como tendo foco mais específico na questão da maternidade, podem ser descritas da seguinte forma:

- Campanha licença-maternidade visa a extensão da licença-maternidade de 120 dias para 180 dias. A Campanha frisa a importância desse período de folga da mãe no trabalho, por ser esse um “tempo vital para a saúde da criança”.
- Campanhas de doação de leite materno têm por objetivo incentivar mulheres que estejam amamentando a doarem seu leite materno a bancos de leite, com a finalidade de alimentar crianças que não possam estar sendo amamentadas pela própria mãe, com o argumento de que “com ele (leite materno) o bebê se desenvolve com saúde, tem mais chances de recuperação e fica protegido de infecções, diarreias e alergias”.
- Campanha da Semana Nacional de Aleitamento Materno objetiva reforçar a importância do aleitamento materno, ressaltando que amamentar é um “gesto que ajuda a reduzir a desnutrição e a mortalidade infantil”.
- Campanhas das Semanas Mundiais de Amamentação, no ano de 2011 teve como tema “Comunique-se! Amamentação: uma experiência em 3D”, busca incentivar a amamentação a partir da ideia de que isso seria bom para o bebê e para a mãe, já que além de ser uma forma saudável de alimentação para o primeiro seria uma forma da segunda estabelecer contato com seu filho. E as campanhas dos anos 2009 e 2010 buscam atingir mulheres e serviços de saúde, de forma a incentivar o aleitamento materno como forma de potencializar a saúde da criança.
- Campanha de Planejamento Familiar buscou ampliar o acesso à informação e a métodos contraceptivos disponíveis no SUS, para garantir que homem e mulher possam escolher quantos filhos querem ter.



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

- Campanha de Incentivo ao Parto Normal: preconiza que essa é a forma mais segura tanto para a mãe quanto para o bebê, e busca reduzir o número de cesarianas.

Referente à essas campanhas, que pretendemos desenvolver a discussão, pois entendemos que há uma simplificação (ou distorção?) naquilo que deveria ser entendido como “Saúde da Mulher”. Ou seja, no espaço onde está sendo divulgada a saúde da mulher, a maioria dos elementos refere-se à maternagem, entendida aqui como devendo pertencer à saúde da criança. Nosso questionamento refere-se a que lugar é esse, ocupado pela mulher nas políticas de saúde.

Podemos analisar a forma como o Ministério da Saúde, enquanto órgão máximo de gestão em saúde no Brasil trata a questão “Saúde da Mulher”. Segundo Villela (2000) é difícil definir o que seja saúde, porém é fácil descrever saúde como práticas sociais que buscam compreender seus determinantes e os sentidos que esta ideia assume para diferentes grupos, populações e períodos. Termos como “mulher”, “reprodução” e “sexo” descrevem objetos-funções cujo os valores têm variado ao longo da história. Sendo assim, essas questões não são objetos naturais, pois são culturalmente construídos e transformados.

Nesse sentido, a mulher parece ser vista, historicamente, como “procriadora por excelência” (Vieira, 2002, p. 41), e sua saúde deve estar preservada em prol da boa gestação e maternidade, assim como demonstram as campanhas. A saúde reprodutiva assinala a ideia de reprodução como direito e não como dever e assim se solidifica a “saúde materno-infantil”, que é entendida como ações dirigidas às mulheres durante a gravidez, parto e puerpério e tem como objetivo básico garantir a saúde do bebê e prevenir a morte materna (Vilella, 2000).

As críticas feministas a esse programa questionam o recorte no qual a mulher e seu corpo são reduzidos ao exercício da reprodução biológica (Vilella, 2000). Portanto, pensamos na saúde integral da mulher, que visa tratar as mulheres como sujeitos e não como objeto reprodutivo, problematizando as condições sociais de desigualdade.

Também se pensa na forma em que são ofertadas as ações em saúde para as mulheres, uma vez que alguns modelos reproduzem esquemas de dominação sobre as mesmas e as mantêm alienadas dos seus corpos e das suas necessidades como sujeitos. A liberdade de escolha citada acima vem ao encontro da ideia de reprodução como direito e não como



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

dever, em uma perspectiva em relação às mulheres, como sujeitos físicos e sociais (Villela, 2000).

A partir dos anos 50, iniciou-se uma demanda mundial, principalmente voltada aos países pobres, de desestimulação à reprodução. Pois, assim como outras questões, esse fato parte dos interesses do Estado, em vista disso, aproveita-se esse momento e inicia-se a distribuição de contraceptivos. No Brasil, a proposta se atrela aos programas de atenção materno-infantil, de onde se passa a incorporar a distribuição de contraceptivos. Porém, o foco continua na reprodução. O conceito de saúde reprodutiva aponta o “conjunto mínimo de condições que garantam à mulher que o ato de reproduzir, ou a escolha por não reproduzir, não se constituem em risco de vida ou em dano à sua saúde” (Villela, 2000, s/p).

Seguindo a tendência de controle da reprodução, observamos entre os elementos encontrados nesse estudo, uma política pública que parece estar visando esse controle reprodutivo, divulgada através da Campanha de Planejamento Familiar. Apesar de entendermos a mensagem da campanha como tendo um foco familiar, e não apenas materno, ainda assim a classificamos como de foco “maternidade”, pois entendemos que se trata ainda de uma forma de controle sobre o corpo da mulher. O estímulo é de reprodução em menor quantidade, mas ainda a reprodução segue sendo a regra.

Falar da saúde da mulher, segundo Medeiros e Guareschi (2010), é falar de um lugar onde a política e subjetividade estão em jogo. Pois, os diferentes discursos que sustentam o cuidado em saúde vão perpassar a vida de mulheres e homens, influenciando não apenas o modo de vida, mas também a experiência que fazem de si mesmos. Nesse sentido, a saúde passa a ser indagada, pois fala de uma mulher, de uma questão de gênero. Essa questão de gênero agrega pontos sobre a saúde, tais como diversidade sexual e racial, direitos, posicionamento político, engajamento social, planejamento familiar, entre outros, que vão ao encontro da ideia de cidadania na política de saúde, onde a saúde é anunciada não só como qualidade de vida, mas como liberdade de escolha.

A partir da análise das campanhas publicitárias no presente estudo, percebemos discursos que remetem à noção de que a mulher deve ser mãe, reforçando a ideia de “natureza feminina”. Segundo Vieira (2002), essa ideia está baseada nos aspectos biológicos do corpo feminino, como gestar, parir e amamentar, bem como menstruar. E esses aspectos ligados à capacidade biológica da mulher acabam sendo confundidas com



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

uma naturalização da maternidade enquanto condição para a feminilidade. Isso impacta diretamente na forma como a mulher é vista e tratada pela instituição saúde. Por isso da necessidade em inserir as questões de gênero na discussão das políticas públicas em saúde.

Porém, os meios de comunicação reproduzem relações assimétricas de gênero, onde a saúde se tornou uma estratégia para julgar condutas e fenômenos sociais, como um padrão a ser seguido. Essas diferenças atribuídas aos homens e às mulheres produzem e reforçam relações de poder (Roso, 2000). Roso e Guareschi (2007) colocam que o fenômeno do poder é na maioria das vezes não percebido, porém esta em todas as esferas do cotidiano. Além disso, há dois modos de compreensão, o poder enquanto uma capacidade individual e o poder como “relação”. Da capacidade individual, o poder é visto como recurso, de se poder fazer algo, ser capaz. O poder como relação, necessita do outro para algo ser, porém pode ser visto de uma forma que ou se está tirando o poder de alguém, ou se está delegando seu poder a alguém, por isso o poder como dominação, na qual, seria o poder de outro em proveito próprio. Nesse sentido, o Estado pode fazer o papel do outro na relação, neste caso com a mulher, pois, de acordo com Roso (2000), o Estado assume um compromisso com o corpo da mulher, mas não consegue cumpri-lo. A forma como são veiculadas na mídia as políticas de prevenção faz com que a mulher desconheça o próprio corpo, perdendo a capacidade de auto-cuidado.

Além da perspectiva de gênero, a saúde integral da mulher está baseada nas determinações sociais do processo saúde-doença, em que grande parte do sofrimento psíquico feminino está relacionado às pressões dessas culturas (Vilella, 2000). Moreno (2009) articula a mídia com o consumo, e relacionado às mulheres, a propaganda diz que não basta realizar-se através da maternidade, da profissão, da cidadania ou militância, entre outros; é preciso, além dessas atividades citadas, ser bela, charmosa, atualizada e ter o melhor para ter significância no que se tem.

CONCLUSÃO

De modo ainda exploratório, analisamos os discursos sobre saúde da mulher a partir das campanhas publicitárias divulgadas no Portal da Saúde, o que nos possibilitou pensarmos no lugar que vem sendo ocupado, historicamente, pela mulher, na sociedade. Entendemos que cuidar da saúde das mulher está bastante ligado à ideia de atender às



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

demandas de cuidado materno-infantil. Dessa forma, concluímos que o espaço para falar em saúde da mulher enquanto sujeito, independente da condição procriadora, é perpassado por diversas questões de cunho social.

Sobre as campanhas analisadas, percebemos que acabam por legitimar um discurso sobre o feminino que possivelmente reforça situações de opressão e desconsideração sobre a mulher. Construir Políticas Públicas que visem o bem-estar e o bom desenvolvimento infantil não deixa de ser importante. Porém o que intentamos nesse trabalho foi repensar a forma como essas políticas têm sido produzidas, e a custo de que (ou de quem) elas têm sido legitimadas.

Pensamos que a forma como tem sido tratada a saúde das mulheres pode estar produzindo discursos que, de certa forma, limitam o direito de a mulher decidir sobre seu próprio corpo. Queremos ressaltar, com isso, a importância de discutir direitos sexuais e reprodutivos de forma a promover o empoderamento das mulheres para que possam tomar decisões coerentes com seus desejos e características singulares.

Também julgamos importante que hajam espaços em que a mulher possa se posicionar, efetivar suas escolhas, que suas decisões não sejam, na verdade, um produto de decisões políticas e sociais, mas o contrário disso. Que seja a mulher, enquanto grupo social, produtora de informações, e ativa na formulação de políticas públicas sobre seu próprio corpo.

Entendemos que a temática aqui discutida demanda estudos mais aprofundados, bem como o material analisado dispõe de questões que exigiriam maior aprofundamento. Por isso, deixamos como sugestão que sejam desenvolvidos trabalhos dentro dessa temática, que abordem mais especificamente cada uma dessas campanhas, e que busquem compreender as mensagens por elas transmitidas, e os efeitos sociais produzidos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Brasil. (2011). **Constituição da República Federativa do Brasil**: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988. Art. 196-200. Brasília, Senado Federal, Subsecretaria de Edições Técnicas, p. 54.
- Brasil. (2004). **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher** – Princípios e



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Diretrizes. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas: Brasília.

Brasil. (2012). Portal da Saúde. SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/index.cfm> Acesso dia 13 de maio de 2012.

Medeiros, P. F., & Guareschi, N. M. F. (2010). Saúde da mulher: efeitos de gênero para as políticas públicas. In: Guareschi, N. M. F. et al (Orgs.), *Psicologia, formação, políticas e produção em saúde*. Porto Alegre: Edipucrs.

Moreno, R. (2009). Publicidade e a produção de subjetividade. In: Conselho Federal De Psicologia (Org.), *Mídia e Psicologia: produção de subjetividade e coletividade*. Brasília: Conselho Federal de Psicologia.

Pereira, P. (2008). *Política Social: Temas e questões*. São Paulo: Cortez.

Roso, A. (2000). Ideologia e relações de gênero: um estudo de recepções das propagandas de prevenção da AIDS. *Caderno de Saúde Pública*, 16(2), 385-397.

Roso, A., & Guareschi, P. (2007). Megagrupos midiáticos e poder: construção de subjetividades narcisistas. *Revista Ciências Sociais Política e trabalho*, 37-54.

Vieira, E. M. (2002). *A medicalização do corpo feminino*. Rio de Janeiro: Fiocruz.

Villela, W. (2000). Saúde integral, reprodutiva e sexual da mulher: redefinindo o objeto de trabalho a partir do conceito de gênero e da Conferência Internacional sobre população e desenvolvimento. In: M. J. de O Araujo (Org.), *Saúde das mulheres: experiência e prática do coletivo feminista sexualidade e saúde* (pp. 23-32). São Paulo: Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde. Disponível em: http://www.mulheres.org.br/documentos/saude_integral.pdf Acesso em 15 de maio de 2012.



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Câncer de mama: (não) verbalizações e apoio familiar

Adelise Salvagni ¹

Alberto Manuel Quintana ¹

¹ Universidade Federal de Santa Maria (UFSM)

RESUMO

O presente trabalho objetiva analisar e refletir acerca do apoio destinado pela família às mulheres com câncer de mama e às formas de se falar ou não sobre a doença. Trata-se de uma reflexão a partir de um projeto de extensão no qual se realizou psicoterapia de apoio a pacientes acometidas por câncer de mama, bem como a seus familiares. Esses atendimentos foram realizados em um ambulatório de mastologia e ginecologia de um hospital-escola do interior do Rio Grande do Sul, bem como nos leitos da mesma instituição. Os acompanhamentos foram realizados no momento anterior ao diagnóstico, no pós-diagnóstico e/ou nos períodos pré e pós-cirúrgicos. Observou-se, a partir deles, que muitas pacientes acometidas pelo câncer sentem que não podem demonstrar à família seu sofrimento, pois se vêem como o suporte do ambiente familiar. Assim, além dessas mulheres serem apoiadas pela família no momento da consulta médica e/ou diagnóstica, elas também acabam apoiando a família. Dessa forma, verifica-se a importância do apoio psicológico para a paciente e seus familiares na vivência do câncer.

Palavras-chave: Câncer de mama; Apoio familiar; Psicoterapia de apoio.

INTRODUÇÃO

O câncer de mama é o segundo tipo de neoplasia que mais ocorre no mundo e é também o mais comum em mulheres (INCA, 2011). Ainda hoje, essa doença é associada a questões de morte e luto e, por isso, tem uma repercussão importante na vida do paciente, alterando a rotina dele e de sua família (Kübler-Ross, 1989).

Tendo em vista o aumento da sobrevivência do paciente acometido pelo câncer, é preciso compreender que a mulher, ao viver com o câncer de mama, possui uma



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

experiência de incertezas e convive com o medo da recorrência (Almeida, Mamede, Panobianco, Prado, & Clapis, 2001). Além disso, o adoecer configura-se como uma experiência de desordem, algo único na vida da mulher (Maluf, Jo Mori & Barros, 2005).

Ainda, a mulher acometida pelo câncer sofre mudanças e dificuldades que originam diversos sentimentos que vão influenciar sua imagem corporal, sua auto-estima e a forma como se relaciona socialmente. A doença atinge o corpo, a mente e o espírito da paciente. A mulher terá que se adaptar com a nova situação e então necessita de um acompanhamento profissional e familiar em um sentido além da doença física, enfocando igualmente os seus sentimentos, angústias, dúvidas e dificuldades em todos os sentidos (Moura, Silva, Oliveira & Moura, 2010).

De acordo com Silva (2008), o diagnóstico de câncer possui, na maioria das vezes, um efeito devastador na vida da pessoa que o recebe, seja pelo temor às mutilações e desfigurações que os tratamentos podem provocar, seja pelo medo da morte ou pelas muitas perdas, nas esferas emocional, social e material, que quase sempre ocorrem. Assim, ao receber o diagnóstico da doença, o indivíduo torna-se consciente da possibilidade de sua morte (Kübler-Ross, 1989).

O estupor é a reação mais comum no momento do diagnóstico, de forma que as pacientes permanecem em silêncio, com dificuldades de compreender o que está ocorrendo. Ocorre uma espécie de desconexão por parte das pacientes, a fim de que possam assimilar o diagnóstico (Quintana, 1999). Ao se deparar com a doença, as pacientes estariam em posição de desamparo absoluto (Quintana, Borges, Tonetto, Oliveira, Weber & Russowsky, 2004).

Além disso, o câncer pode provocar muitas modificações, interferindo ainda na forma como se sentem consigo mesmas e na forma com que enfrentam e vêem a vida (Duarte & Andrade, 2003). O choque emocional e o sofrimento gerados pela doença são vividos por toda a família e não somente pela paciente. Há um compartilhamento da doença por parte da família e da rede de suporte social desde a descoberta do câncer. Assim, o contexto familiar passará por modificações e afetará todos os membros a partir dessa nova vivência que se impõe (Salci & Marcon, 2011).

Nesse momento de dificuldades e mudanças, a família se torna a maior fonte de apoio da paciente, sendo que a mulher considera a família como apoio para não desistir quando esta emite palavras de encorajamento, ajuda física e emocional, e quando os



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

membros da família realmente participam das decisões e questões relacionadas ao tratamento (Bergamasco & Ângelo, 2001). Porém, muitas vezes, a família fica muito abalada com a vivência da doença e acaba se desequilibrando. Assim, fica incapacitada para fornecer o apoio que a mulher necessita, podendo assim, prejudicar sua recuperação (Silva, Melo & Rodrigues, 1999).

MÉTODO

Trata-se de uma reflexão a partir de alguns resultados obtidos através de um projeto de extensão no qual foi realizada psicoterapia de apoio às pacientes acometidas pelo câncer de mama, bem como aos familiares das mesmas. O projeto realizou-se no ambulatório de mastologia e ginecologia e nos leitos de um hospital escola do interior do Rio Grande do Sul. Os atendimentos ocorreram tanto no momento anterior ao diagnóstico, como no pós-diagnóstico e nos períodos pré e pós-cirúrgicos.

Parte-se de alguns resultados obtidos com os atendimentos realizados para fazer uma reflexão acerca dos mesmos. Serão apresentadas algumas falas das pacientes, de forma que o sigilo será mantido com a utilização de códigos a fim de não identificá-las.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Pode-se perceber, através do contato com as pacientes, que estas evitam demonstrar para a família os sentimentos e sofrimentos que possuem acerca da doença. Parece haver uma impossibilidade de mostrarem-se como frágeis e passíveis de sofrimento, de forma que este acabando ficando oculto. Assim, observa-se que muitas acabam escondendo-se dos familiares para chorar. As falas a seguir demonstram:

“Eu tento não demonstrar muito pra eles, porque eles vêem em mim uma segurança [...], e aí como é que fica.” (M1).

“Eu não choro na frente deles. Se eu tenho que chorar eu vou pro quarto, me tranco, choro sozinha. Eu tenho medo que eles fiquem magoados se eu ficar chorando na frente deles.” (M2).



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Percebe-se que o fato de evitarem falar sobre a doença e os aspectos ligados a ela tem relação com a preocupação de que magoariam os familiares se assim fosse. Dessa forma, apesar de muitas pacientes perceberem que algo está errado com seu corpo, escondem a doença de familiares e conhecidos.

Aqui, faz-se alusão a Quintana et al. (2004) quando trazem que a explicação mais comum em relação à origem do câncer estaria ligada à idéia de fatalidade, ou seja, se uma pessoa adoece e morre, não há o que ser feito para que ela mude esse destino. Com essa crença, frequentar ou não o médico não influenciaria esse destino, que já estaria dado. Pensa-se, de acordo com o contato com as entrevistadas, que esse também poderia ser uma razão para não verbalizar a doença e não procurar tratamento, pois o fim seria o mesmo.

Ainda, pode-se pensar que a paciente, ao se deparar com a doença, fica presa ao seu dia-a-dia, pois o passado e o futuro se tornam sem sentido para ela. O passado se torna sem sentido porque tinha como norte o futuro e este, por sua vez, se torna impossível de planejar já que está contaminado pela idéia de morte. E, para o ser humano, não achar sentido para sua vida é percebido como pior que a própria morte. Portanto, pode ocorrer que a paciente tenha o desejo de morte e uma forma de manifestá-lo é não realizando o tratamento e permitindo, assim, que a doença evolua (Quintana, 1999).

Porém, apesar de muitas vezes a doença não ser verbalizada na família, percebe-se que o câncer se insere em todo o contexto familiar e não apenas no corpo da mulher. Isso faz com que toda a família necessite elaborar novos conceitos e se adaptar à nova situação que se impõe. Portanto, a família também experencia sentimentos e pode vivenciar intenso estresse psicológico diante da imposição da doença (Salci & Marcon, 2011).

Apesar de a família sofrer junto com a paciente, procura apoiá-la e estimulá-la na tentativa de reanimá-la e ajudá-la a encontrar forças para a luta contra a doença e o tratamento (Salci & Marcon, 2004). Mas, as pacientes, apesar de receberem esse apoio por parte da família, relatam também apoiá-la por se verem como suportes dela.

Ainda, muitas mulheres relataram a necessidade de se curar da doença por terem filhos e marido para cuidar. A fala abaixo demonstra:

“Eu tenho que ficar boa, pra ver a minha filha crescer.” (M3).



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

As mulheres relataram que essa necessidade de sobreviverem em função da família ajuda muitas a conseguirem realizar o tratamento e “seguir em frente”. Assim, quando se trata de mulheres mais jovens acometidas pelo câncer têm-se uma realidade mais cruel. Isso porque a mulher se encontra em fase reprodutiva e pode ainda ter filhos dependentes (Moura et al., 2010).

Há também relatos de brincadeiras feitas entre ela sobre a doença. A fala a seguir demonstra isso:

“Eu brinco bastante com a minha família sobre a doença, eu digo que eu tenho um ETzinho dentro de mim e que eu tenho que tirar.” (M4).

Pode-se pensar que a brincadeira seja uma forma de negar que a doença é real, uma vez que exime à paciente e seus familiares de falarem sério acerca da doença e suas repercussões e darem-se conta da realidade dos fatos. Com efeito, pode-se contribuir no sentido de ajudar a paciente a ressignificar esse momento. Buscando-se favorecer a paciente a reconhecer o próprio sofrimento e conseguir viver apesar dele (e com ele).

CONCLUSÕES

A partir do exposto, percebe-se que as pacientes acometidas pelo câncer de mama convivem com a impossibilidade de demonstrar à família seu sofrimento, pois se vêem como suporte do ambiente familiar. Dessa forma, o pesar dessas mulheres acaba ficando oculto. Acreditam também que se falarem sobre a doença e se mostrarem frágeis magoarão seus familiares.

Ainda, entre as razões para se ocultar a doença e/ou não querer realizar o tratamento tem-se a crença de que fazê-lo ou não levaria ao mesmo caminho, de forma que muitas optam por abdicar do tratamento. Além disso, pode haver um desejo de morte por não encontrar sentido na vida presente, pois não conseguiriam planejar o futuro, já que esses planos estariam contaminados pela situação de doença e morte.

A família da paciente, por sua vez, vivenciará juntamente com ela os sentimentos e angústias relacionados à doença. Os familiares se mobilizam no sentido de apoiar as mulheres, mas o que se observa é que também estas apóiam os familiares, pois sentem-se



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

suporte deles e percebem o sofrimento deles. Além disso, observa-se que muitas percebem a necessidade de sobreviverem por terem filhos e família para cuidar, o que acaba sendo um estímulo para a busca da cura.

Às vezes, a forma encontrada pela paciente e pela família para verbalizarem a situação de doença e os aspectos relacionados a esta, como a possibilidade de morte, é através da brincadeira. Assim, podem falar livremente sem que o assunto se torne sério e pareça grave. Pensa-se que estas brincadeiras estão relacionadas com a negação da gravidade da doença, forma encontrada para poder falar desta temática angustiante.

Dessa forma, percebe-se a importância do apoio psicológico que atua no sentido de legitimar o sofrimento dessas mulheres, possibilitando que se expressem e elaborem mais facilmente as questões relacionadas à doença. Acredita-se que para que se elabore a doença e suas repercussões, é necessário que a paciente possa expressar seus sentimentos, falar deles e não calar suas angústias. A atenção aos familiares também é importante neste contexto, principalmente para que possam ser continência necessária a paciente, já que a família acaba por sofrer os efeitos do diagnóstico e da doença junto com a paciente.

REFERÊNCIAS

- Almeida, A. M., Mamede, M. V., Panobianco, M. S., Prado, M. A. S., & Clapis, M. J. (2001). Construindo o significado da recorrência da doença: a experiência de mulheres com câncer de mama. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, 9 (5), 63-69.
- Bergamasco, R. B., & Ângelo, M. (2001). O sofrimento de descobrir-se com câncer de mama: como o diagnóstico é experienciado pela mulher. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 47 (3), 277-282.
- Duarte, T. P., & Andrade, A. N. (2003). Enfrentando a mastectomia: análise dos relatos de mulheres mastectomizadas sobre questões ligadas à sexualidade. *Estudos de Psicologia*, Natal, 8 (1), 155-163.
- Instituto Nacional do Câncer. *Tipos de câncer: mama e colo do útero*. Consultado em 12 de julho de 2012 em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home>.
- Kübler-Ross, E. (1989). *Sobre a morte e o morrer*. São Paulo: Martins Fontes.



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

- Maluf, M. F. M., Jo Mori, L., & Barros, A. C. S. D. (2005). O impacto psicológico do câncer de mama. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 51 (2), 149-154.
- Moura, F. M. J. S. P., Silva, M. G., Oliveira, S. C., & Moura, L. J. S. P. (2010). Os sentimentos das mulheres pós-mastectomizadas. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 14 (3), 477-484.
- Quintana, A. M. (1999). Traumatismo e simbolização em pacientes com câncer de mama. *Temas em Psicologia*, 7 (2), 107-118.
- Quintana A. M., Borges, Z. N., Tonetto, A. M., Oliveira, D. S., Weber, B. T., & Russowsky, I. L. T. (2004). Prevenção do câncer de mama: a contribuição das representações sociais. *Maringá*, 3 (3), 295-302.
- Salci, M. A., & Marcon, S. S. (2011). Enfrentamento do câncer em família. *Texto Contexto Enfermagem*, Florianópolis, 20 (Esp), 178-186.
- Silva, L. C. (2008). Câncer de mama e sofrimento psicológico: aspectos relacionados ao feminino. *Psicologia em Estudo*, Maringá, 13 (2), 231-237.
- Silva, R. M., Melo, E. M., & Rodrigues, M. S. P. (1999). Família como suporte para a mulher em tratamento quimioterápico. *Família, Saúde e Desenvolvimento*, Curitiba, 1 (1/2), 87-96.



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Comunidade Quilombola, mobilização em saúde e representações

Daniela M. B. Orsato ¹

Adriane Roso ¹

¹ Universidade Federal de Santa Maria

RESUMO

A proposta do presente trabalho surgiu de um recorte de uma pesquisa maior intitulada “Saúde e Minorias Étnicas - Um Olhar Psicossocial sobre as Comunidades Quilombolas Contemporâneas na Região da Campanha, Rio Grande do Sul”. O objetivo da pesquisa é conhecer como se articulam os saberes e as práticas tradicionais desses grupos sociais referentes ao processo saúde/doença e como esses signos se relacionam com a “cultura moderna”. Trabalhamos com pesquisa etnográfica utilizando diferentes métodos: observação participante, diário de campo e entrevista narrativa. Parte-se da proposta teórico-metodológica de interpretação à luz da Psicologia Social Crítica, a qual é tecida a partir dos constructos teóricos de autores que pensam saúde, corpo e sexualidade enquanto construções sociais e das concepções de autores que estudam as minorias étnicas relacionando-as à Teoria das Representações Sociais. Nesta apresentação daremos especial atenção à questão de como, com que proposta e até onde as representações sociais em relação a instituições e profissionais da saúde estão aparecendo nas narrativas dos moradores da comunidade. Veremos que certas experiências relacionadas a profissionais da saúde e suas práticas foram acomodadas ao tecido social da comunidade sem credibilidade e que merecem cautela. Também verificaremos dúvidas relacionadas ao saber médico e suas designações, como sobre como tomar os medicamentos, o que pode, no mais das vezes, colaborar para a descontinuidade do tratamento. A etnografia nos possibilitou perceber a grande necessidade de atenção à saúde desta população, na qual há um índice significativo de pessoas com problemas e doenças. Não basta oferecer atendimento pelo SUS. Não basta regularizar terras. É preciso criar e implementar políticas públicas que atendam as especificidades dessa população. Entendemos que investigar as Representações



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Sociais auxilia também a conhecer como se dá a mobilização social frente às questões de saúde e as formas de participação na construção de políticas públicas em relação à mesma.

Palavras-chave: Psicologia Social; Psicologia da Saúde; População Quilombola; Políticas Públicas em Saúde

Introdução

O tema que propomos tratar neste trabalho se traduz numa perspectiva bastante atual, já que trata de como tem sido concebida a ideia de aplicabilidade de políticas públicas frente à saúde perante diferentes contingentes étnicos. Pretendemos enfocar o projeto de pesquisa “Saúde e Minorias Étnicas - Um Olhar Psicossocial sobre Comunidades Quilombolas Contemporâneas d Região da Campanha - Rio Grande do Sul”, desenvolvido pelo Grupo de Pesquisa “Saúde, Minorias Sociais e Comunicação”, onde pudemos ter uma ideia e construir reflexões sobre como algumas políticas estão sendo aplicadas para a população negra residente na comunidade objeto de nosso estudo, e principalmente como esta população recebe e significa esta relação e suas conseqüências.

A pesquisa foi realizada em uma comunidade reconhecida oficialmente como remanescente de Quilombo, localizada na região central do Estado do Rio Grande do Sul e tem como objetivo norteador a valorização da cultura quilombola, isto é, como os saberes e práticas tradicionais em saúde desses povos interagem com a modernidade. Está estruturada em quatro eixos principais: Mobilização Social e SUS; Reprodução e Sexualidade; Corpo, Religiosidade e Espiritualidade e Drogas Psicotrópicas. Esses eixos não estão separados, mas se inter-relacionam e serviram como “guias” para nossas visitas à comunidade e entrevistas com seus moradores.

A pesquisa, no seu todo, consistiu em investigar as relações entre saberes tradicionais e contemporâneos, sobre as representações dos processos de saúde e doença, comunidade e cultura, em uma comunidade tradicional composta por uma minoria étnica a partir de uma perspectiva psicossocial. Especificamente buscou-se conhecer como se articulam os saberes e práticas tradicionais com os elementos sócio-históricos da modernidade nas comunidades quilombolas, investigando estes saberes e práticas sobre suas crenças, valores, tabus e representações relacionados à saúde enquanto agente da cultura, aos processos de cura e de qualidade de vida, e as políticas públicas de saúde.



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

No presente trabalho, daremos ênfase ao eixo “Mobilização Social e SUS”, já que este fornece material pertinente para o propósito que temos nesse trabalho que é articular a questão da saúde da população negra, e em específico, quilombola, com alguns aspectos que apareceram em nossa pesquisa relativos a como estão configuradas atualmente as políticas públicas que contemplam o cuidado com esta população.

Desenvolvimento

Partimos de um olhar psicossocial, compartilhando a ideia proposta por Sandra Jovchelovitch (2004) de “que o lugar privilegiado do inquérito psicossocial não é nem o indivíduo nem a sociedade, mas precisamente aquela zona nebulosa e híbrida que comporta as relações entre os dois” (p. 21). E é nesse “entre” que as representações sociais são construídas, a partir de um trabalho de deslocamento simbólico, de produção de símbolos que permitem dar sentido ao que nos rodeia, na medida em que o “mundo não se entrega aos humanos perfeitamente e nós também não estamos equipados para nos ‘colar’ perfeitamente a ele” (IBID, p. 22).

Trata-se assim, de um processo importante de criação e construção que liga sujeitos a outros sujeitos e ao objeto-mundo, e que estão na base do registro simbólico, cujas “operações estão ontogeneticamente ligadas e envolvem resíduos da capacidade de fazer-de-conta desenvolvida na primeira infância” (IBID, p. 22).

Assim, refletimos acerca de indagações que nos auxiliam na compreensão da singularidade desta população: como as representações sociais acerca das relações com as diferentes instâncias referenciadas com a saúde são construídas e vivenciadas? Como essas comunidades enfrentam e dão sentido a esse aspecto que ajuda a compor a subjetividade de um ser humano?

Por se tratarem de questões muito complexas, certamente não as esgotaremos, mas começamos a traçar um caminho na direção de um apoio ao surgimento de futuras políticas de saúde mais globalizadoras, modos de relação e de promoção de cuidados para essas populações que não desconsiderem seus saberes e suas particularidades diante do mundo e de seus próprios corpos.

Objetivos



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

O objetivo desse estudo em específico, ou seja, deste recorte da pesquisa, consiste na reflexão, a partir de dados empíricos, sobre os significados apresentados a nós com relação à mobilização em saúde, considerando que os mesmos circulam através das representações construídas pela comunidade.

Metodologia

O método utilizado é a pesquisa etnográfica (Beaud & Weber, 2007), com a articulação de observação participante, diário de campo e entrevista narrativa (depoimento). A observação participante se deu nas visitas que fizemos à comunidade periodicamente, e foi um espaço onde foram realizadas conversas informais que, somadas ao fato de estarmos no local habitado pela população pesquisada, traduziram uma dimensão bastante significativa acerca daquilo que estamos buscando.

Após as visitas, cada pesquisador relatava minuciosamente sua experiência em um diário de campo, sobre o qual era feita reflexão conjunta. Além de aspectos objetivos e do que apareceu nas entrevistas, também se escreviam sentimentos e percepções do pesquisador em relação ao vivenciado junto à comunidade. As entrevistas foram guiadas pelas recomendações de Beaud e Weber (2007). Para eles, a entrevista é uma ferramenta indispensável para certa “testagem” em pesquisa, isto é, ambas se complementam (observação e entrevista), pois uma observação sem entrevista pode correr o risco de ficar cega aos pontos de vista nativos, corre o risco de ficar prisioneira de um discurso descontextualizado e idealizado.

As entrevistas foram feitas na modalidade de entrevista narrativa, que permite uma maior liberdade de movimentos no próprio transcorrer da mesma, já que não conta com uma estrutura rigidamente estabelecida de perguntas, deixando o entrevistado com maiores possibilidades de ampliar e conduzir o seu discurso conforme seus recursos e experiências se tornem pertinentes durante o processo. Fornecem maior visibilidade àqueles aspectos relevantes para o objetivo da entrevista.

Partimos da proposta teórico-metodológica feita a partir da Psicologia Social Crítica, sendo a análise construída a partir de teóricos que pensam a saúde e seus desdobramentos enquanto construções sociais, e das concepções de autores que estudam as minorias étnicas a partir da Teoria das Representações Sociais.



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Resultados e Discussões

Durante o primeiro ano, interagimos com a comunidade, sem iniciar as entrevistas individuais propostas no projeto. Nessa etapa, tivemos que trabalhar os movimentos de resistência à entrada de novos pesquisadores, já que a comunidade tem sido alvo freqüente de estudos e/ou ações que não têm se comprometido devidamente com aquilo que se propunham quando do contato inicial, gerando desconfianças sobre aqueles que eles identificam como pertencentes ao mesmo universo, no caso, científico, os “doutores da universidade”, a partir das suas representações e concepções de mundo. Com o passar do tempo, a equipe de pesquisadores foi construindo espaços dialógicos, propiciando o estabelecimento de vínculos, a partir dos quais pudemos constatar como “novos saberes são produzidos e acomodados no tecido social” (Jovchelovitch, 2008, p. 86).

Diante da precariedade econômica e social que tal comunidade apresenta, o que demanda, primeiramente, auxílios assistenciais, refletimos sobre a forma como a pesquisa em Psicologia Social poderia ser realizada lá, já que não teríamos nada de “concreto” a oferecer. Com o andamento da pesquisa, percebemos a importância que tinha para seus moradores o espaço dialógico construído entre pesquisadores/participantes, nos quais escutávamos suas histórias, o que nos auxiliava a entender outras questões que interferiam em sua qualidade de vida, como também contribuía para a valorização de sua cultura.

Na medida em que a pesquisa transcorria, pudemos nos perguntar se existia, realmente, um líder que representasse a comunidade e se seus moradores se sentiam representados por ele. E, aprofundando mais a questão, refletíamos sobre se, de fato, estávamos falando de uma “comunidade”, já que os relatos nos deixavam dúvida sobre o sentimento de “pertencimento” (Bauman, 2005) que esperávamos como pesquisadores encontrar em uma “comunidade quilombola”. Moradores relatavam sentimentos em referência às relações de seus moradores: *“o pessoal daqui são como bixo, são como animal (...). Não são gente unidos”*. Percebemos que o trabalho de regularização das terras gerava algumas resistências por parte de moradores. Uma das informantes revelou-se contrária a regularização das terras: *“bobagem agora eles quererem reivindicar as terras, porque o pessoal da comunidade é individualista e um quer mais que o outro”*. Outra informante nos fala da desunião de seus moradores, *“porque das poucas terra, todos querem prantá e não tem lugar pra todos prantá. São duas hectare, né?”*.



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Podemos considerar que tais falas também se mostraram como ponto de surpresa na pesquisa, afinal, até então não tínhamos dúvidas sobre o fato de que a comunidade reivindicava as terras que haviam pertencido a sua família. Mas quando tal luta acaba gerando desunião, há a possibilidade de não se apresentar como positiva e interferir na saúde de seus moradores. E este é um elemento, pensamos, importante de ser levado em conta na consecução das políticas públicas referentes à demarcação/reconhecimento de terras quilombolas.

Certas experiências vivenciadas na comunidade que envolveram profissionais da saúde foram acomodadas ao seu tecido social como práticas sem credibilidade e que mereciam cautela. Foram interações não-dialógicas, pautadas pela ética individualista-liberal característica de políticas neoliberais globalizadoras. Profissionais da saúde desenvolveram atividades de educação em saúde sustentadas em um modelo de educação vertical, isto é, a ajuda foi de cima para baixo, realizaram atividades sem consentimento da comunidade e procuraram aplicar seus conhecimentos sem escuta e diálogo, causando dessa forma uma possível resistência para trabalhos posteriores.

Os moradores relataram desconfiança e falta de credibilidade nas ações dos profissionais da saúde dentro da comunidade. Essa representação se evidencia na narrativa que segue: *“um pessoal da faculdade já tinha feito um trabalho com as nossas crianças e trouxeram até camisinha. Minhas filhas já aprenderam o que têm que aprender. O que elas têm que aprender, aprendem comigo e na escola. Não precisa vir ninguém aqui e ficar estimulando elas a fazer sexo. Eu tenho uma filha de 16 e já é difícil e vocês vêm e ficam falando dessas coisas”*.

Percebe-se nas narrativas dos moradores dúvidas sobre o saber médico, como por exemplo, sentem falta de clareza em compreender as informações sobre as enfermidades e sobre como tomar os medicamentos. Em alguns casos, percebemos que a falta de clareza pode colaborar para a descontinuidade de tratamentos de saúde. Além disso, em algumas narrativas apareceu certa desatenção para com essa população, como mostra o exemplo: *“Não sei, eu fiz um exame com a M. de de de de, como é, prevenção de colo de útero. Aquele lá ela não me trouxe resurtado. Nós fizemos na unidade móvel, daí ela levo e não me trouxe resurtado. Não sei que que deu. (...) (...) na subprefeitura, ali vem vem médico. E aqui médico não vem. Vem só a enfermeira e o motorista e a dentista”*.



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Em nossa pesquisa investimos em pensar como tais representações se refletem na maneira dos moradores se colocarem frente às instituições e políticas públicas de saúde, assim como no modo como essas estão recebendo e dialogando com essa população. Até porque as representações construídas negativamente podem fazê-los desacreditar na própria eficácia dos serviços de saúde a que têm acesso. Além do que, retomando o que nos traz Griffith e Griffith (como citado em Coimbra e Santos, 2000), passar por situações de discriminação pode, por si só, desencadear uma doença, afetando a população envolvida e instaurando uma espécie de ciclo vicioso em torno de algum problema de saúde.

Além disso, mostrou-se interessante investigarmos quais as características da esfera pública nessa comunidade. Esfera pública é um espaço comum a todos os membros da comunidade onde a vida comunitária se torna visível e conhecida pela mesma. Espaços públicos são pontos de encontro, territórios de conexão e comunicação, cuja principal característica é produzir visibilidade, de modo que questões de interesse comum possam emergir e que a pluralidade de perspectivas que constitui a comunidade possa ser trabalhada e resolvida (Jovchelovitch, 2008).

Esse espaço público foi o que se modificou, para Bauman (2000), no mundo líquido moderno, no qual é uma tarefa difícil traduzir os problemas privados em problemas públicos, comuns à comunidade, recoletivizando as utopias privatizadas em “políticas de vida”. Sinalizamos isso pelo motivo que em algumas narrativas apareceu referência à desarticulação da comunidade em termos de busca de direitos, considerada como desunida, e que pode comprometer a conscientização, em termos freirianos, na busca de melhores condições de vida e de reconhecimento.

Conclusões

A etnografia nos possibilitou perceber a grande necessidade de atenção à saúde desta população, na qual há um índice significativo de pessoas com problemas de saúde. Se considerarmos que o racismo, em todas as suas formas de expressão, pode comprometer o processo de saúde/doença da população negra, há a necessidade de se pensar se a rede de saúde básica, com as equipes de profissionais que a compõem, está comprometida com a população estudada.

Não basta oferecer atendimento pelo SUS. Não basta regularizar terras. É preciso criar e implementar políticas públicas que atendam as especificidades dessa população.



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Referências:

Bauman, Z. (2000). *Em busca da política*. Rio de Janeiro: Zahar.

Bauman, Z. (2005). *Identidade*. Rio de Janeiro: Zahar.

Beaud, S.; Weber, F. (2007). *Guia para a pesquisa de campo: Produzir e analisar dados etnográficos*. Petrópolis: Vozes.

Coimbra, C. E. A., Jr & Santos, R. V. (2000). Saúde, minorias e desigualdade: algumas teias de inter-relações, com ênfase nos povos indígenas no Brasil. *Ciência saúde coletiva*, 1, 125-132. Acedido Maio 17, 2012, em http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232000000100011&lng=en&nrm=iso

Jovchelovitch, S. (2008). *Contextos do saber: Representações, comunidade e cultura*. Petrópolis: Vozes.

Jovchelovitch, S. (2004). Psicologia Social, Saber, Comunidade e Cultura. *Psicologia & Sociedade*; 16 (2), 20-31.

Laplantine, F. (1988). *Aprender antropologia*. São Paulo: Brasiliense.



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Contracepção e juventude: revisão sistemática da literatura

Marina Zanella Delatorre ¹

Ana Cristina Garcia Dias ¹

¹ Universidade Federal de Santa Maria (UFSM)

RESUMO

O presente trabalho tem por objetivo analisar a produção científica acerca da contracepção na juventude nos últimos dez anos. Foram consultadas as bases de dados LILACS e SciELO, sendo identificados 977 resumos referentes ao tema. Através da leitura destes resumos, treze artigos foram selecionados para análise na íntegra. Os critérios para inclusão de inclusão na revisão foram: abordar diretamente o tema da contracepção na juventude; ter sido publicado nos últimos dez anos; ter utilizado jovens (15 a 24 anos) como sujeitos de pesquisa; estar publicado em português; e ser resultado de um estudo científico. Foram excluídas as duplicidades, os trabalhos sem resumo, teses e monografias, revisões de literatura e artigos que enfocavam exclusivamente a contracepção de emergência. Da análise de conteúdo, emergiram três categorias: “iniciação sexual”, “conhecimento sobre prevenção, contracepção e DSTs” e “uso de métodos contraceptivos”. Os resultados apontam para uma alta prevalência de uso de contracepção na iniciação sexual, principalmente o preservativo. Entretanto, a prática contraceptiva parece não ser consistente ao longo das trajetórias sexuais. Além disso, é demonstrada uma tendência de substituição do preservativo pelos contraceptivos hormonais na medida em que os relacionamentos se tornam estáveis. Conclui-se pela necessidade de compreender a lógica inerente ao uso de contracepção pelos jovens, já que possuir informação sobre os métodos não corresponde ao uso efetivo dos mesmos.

Palavras chave: Contracepção; Juventude; Jovens.

INTRODUÇÃO



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

A juventude, de acordo com as Nações Unidas, compreende a faixa etária entre 15 e 24 anos (Unesco, 2011). Enquanto fase de transição, a juventude consiste na preparação para a assunção de papéis e responsabilidades adultas. Passa-se de uma situação de dependência dos pais e da família de origem para uma situação de emancipação ou autonomia social (Freitas, Abramo, & León, 2005).

Um dos marcos deste período é o início da vida sexual. A sexualidade, durante a juventude, tem um importante papel na medida em que se volta tanto à interação com o outro, quanto ao desenvolvimento pessoal (Brandão & Heilborn, 2006). Entretanto, os jovens parecem apresentar dificuldades na adesão efetiva às práticas de contracepção e prevenção (Alves & Lopes, 2008). Apesar da grande circulação de informações a respeito de métodos contraceptivos e do conhecimento das consequências que o exercício sexual desprotegido pode trazer, não há uma mudança efetiva nas práticas contraceptivas (Alves & Brandão, 2009; Belo & Silva, 2004; Pantoja, Bucher, & Queiroz, 2007; Pelloso, Carvalho, & Valsecchi, 2002).

OBJETIVO

A presente revisão sistemática da literatura tem como objetivo traçar o panorama da produção científica acerca da contracepção durante a juventude nos últimos dez anos.

MÉTODO

A revisão sistemática da literatura foi realizada em março de 2012, através da consulta das bases LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e ScieELO (Scientific Electronic Library Online), considerando os artigos publicados entre março de 2002 e março de 2012. Os descritores relativos à contracepção foram selecionados a partir de consulta ao DeCS (Descritores em Ciências da Saúde), já os relativos à juventude não retornaram resultados neste vocabulário. Por isso, as palavras-chave correspondentes à faixa etária foram selecionadas através de consulta dos descritores de artigos publicados sobre o tema. Assim, foram estabelecidas 18 combinações entre descritores, envolvendo a contracepção e a faixa etária que corresponde à juventude, a fim



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

de abranger todas as publicações sobre a temática. As combinações pesquisadas foram: “contracepção e jovens”; “contracepção e juventude”; “contracepção e universitários”; “métodos anticoncepcionais e jovens”; “métodos anticoncepcionais e juventude”; “métodos anticoncepcionais e universitários”; “métodos contraceptivos e jovens”; “métodos contraceptivos e juventude”; “métodos contraceptivos e universitários”; “controle de natalidade e jovens”; “controle de natalidade e juventude”; “controle de natalidade e universitários”; “controle de fecundidade e jovens”; “controle de fecundidade e universitários”; “limitação da fecundidade e jovens”; “limitação da fecundidade e juventude”; “limitação da fecundidade e universitários”. O total de artigos resultantes desta busca foi de 977.

Os artigos selecionados foram aqueles que preenchiam aos seguintes critérios de inclusão: abordar diretamente o tema da contracepção na juventude; ter sido publicado nos últimos dez anos; ter utilizado jovens (15 a 24 anos) como sujeitos de pesquisa; estar publicado em português; ser resultado de um estudo científico. Foram excluídas as duplicidades (331 artigos), os trabalhos sem resumo (97), teses (18) e monografias (9), revisões de literatura (9) e artigos que enfocavam exclusivamente a contracepção de emergência (42).

A seleção dos artigos deu-se através da leitura dos títulos e resumos, a partir do qual decidiu-se pela inclusão ou não na amostra, de acordo com os critérios mencionados. Após este processo, resultaram 13 artigos para análise na íntegra.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Dentre os 13 artigos analisados, oito tinham objetivos relacionados ao uso da contracepção e proteção às DSTs, três buscavam avaliar o comportamento sexual e reprodutivo, um abrangia o conhecimento e a prática contraceptiva e um tinha objetivos relativos à repercussão da paternidade na adolescência. Quanto ao método utilizado, sete artigos eram quantitativos de corte transversal, quatro eram qualitativos, um de delineamento misto (quali-quantitativo) e, por fim, uma pesquisa-ação. No que diz respeito aos sujeitos de pesquisa, cinco artigos utilizaram universitários (sendo um com universitários de até 19 anos, um com universitários de até 24 anos, um com universitários



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

do sexo feminino de 18 a 24 anos e os dois restantes sem especificações), quatro tinham participantes de 18 a 24 anos, de ambos os sexos, um era composto por rapazes de 18 a 24 anos, um por jovens de 16 a 24 anos, um de meninas entre 16 e 18 anos e, por fim, um estudo realizado com jovens do sexo feminino de 16 a 24 anos. Cabe destacar, ainda, que quatro dentre os artigos analisados foram realizados a partir da pesquisa GRAVAD (Gravidez na adolescência: estudo multicêntrico sobre jovens, sexualidade e reprodução no Brasil).

Iniciação sexual

A iniciação sexual foi abordada por dez dos treze artigos analisados. A proporção de jovens que já iniciaram a atividade sexual parece depender do sexo e da faixa etária dos jovens consultados. Em três estudos (Alves & Lopes, 2008a, 2008b; Rojas, Crestani, Batista, & Melo, 2006), a maior parte destes afirmou não ter vivenciado ainda a primeira relação sexual, sendo que nos três trabalhos os participantes tinham até 19 anos e, em um deles, eram apenas do sexo feminino (Rojas *et al.*, 2006). Já em outros dois estudos (Pirotta & Schor, 2004; Teixeira, Knauth, Fachel, & Leal, 2006), a maioria (87% e 73%, respectivamente) dos jovens entre 17 e 24 anos, de ambos os sexos, que responderam as pesquisas, já haviam se iniciado sexualmente. Entre os artigos restantes, três foram realizados com gestantes ou pais (Alves & Brandão, 2009; Brandão, 2009; Cabral, 2003) e um não apresentou este dado (Marinho, Aquino, & Almeida, 2009).

No que diz respeito à idade da iniciação sexual, nota-se uma tendência dos homens iniciarem suas vidas sexuais mais cedo do que as mulheres. Entre os estudos que fizeram tal diferenciação, têm-se, respectivamente para homens e mulheres, as prevalências: de 15 a 16 anos e 18 a 24 anos (Teixeira *et al.*, 2006), 16,2 anos e 18 anos ou mais (Marinho *et al.*, 2009), 12 anos e 17 anos (Alves & Brandão, 2009) e 15 a 19 anos, para ambos os sexos (Pirotta & Schor, 2004). Além disso, um dos estudos apresentava apenas a prevalência geral, entre 16 e 18 anos (Alves & Lopes, 2008b) e outro, realizado apenas com mulheres, apontava a idade média da sexarca como sendo 15,5 anos (Rojas *et al.*, 2006).

A maioria dos jovens, de acordo com os achados dos artigos analisados, parecem aderir ao uso de contracepção e proteção contra DSTs na primeira relação sexual. As taxas, no entanto, variam entre os estudos: 60% das mulheres e 63,8% dos homens, considerando



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

o preservativo (Teixeira *et al.*, 2006); 84,4%, em estudo apenas com participantes do sexo feminino (Rojas *et al.*, 2006); e 91,7%, entre universitários de ambos os sexos (Alves & Lopes, 2008b). O método contraceptivo mais utilizado na iniciação sexual tende a ser o preservativo masculino, frequentemente associado ao contraceptivo oral (Alves & Lopes, 2008b; Rojas *et al.*, 2006; Teixeira *et al.*, 2006).

Um dos fatores que parece estar positivamente relacionado ao uso de contraceptivos na iniciação sexual, para ambos os sexos, é o início mais tardio da vida sexual (Leite, Rodrigues, & Fonseca, 2004; Marinho *et al.*, 2009; Teixeira *et al.*, 2006). O comportamento do parceiro(a) na iniciação, entendido como o diálogo a respeito da contracepção, também aparece associado ao uso dos métodos (Marinho *et al.*, 2009). Por outro lado, dados encontrados por Moser, Reggiani e Urbanetz (2007), pesquisando o comportamento sexual de universitárias da área da saúde, apontam que a prática de sexo seguro é maior entre jovens de menor idade. Estes achados poderiam estar relacionados tanto a uma maior consciência do risco pelos mais jovens quanto à indicação de que os relacionamentos tornam-se mais estáveis com a idade e, assim, ocorra um relaxamento quanto à proteção.

A participação em programas de educação em sexualidade também parece contribuir para o adiamento do início da vida sexual. Este dado vai contra a preocupação, muitas vezes expressa, de que a educação sexual estimule a iniciação precoce (Moser *et al.*, 2007). Foi observada, ainda, uma tendência de iniciação mais tardia entre universitários (Alves & Lopes, 2008b; Pirotta & Schor, 2004). Neste contexto, parece haver um projeto de vida diferenciado por parte destes jovens, atrelado à formação acadêmica (Alves & Lopes, 2008b). Além disso, a entrada na universidade, juntamente com a iniciação sexual, pode significar o ingresso na vida adulta, em direção à autonomia e independência (Pirotta & Schor, 2004).

Conhecimento sobre prevenção, contracepção e DSTs

As primeiras informações sobre contracepção obtidas pelos jovens são provenientes da família, principalmente das mães (Rojas *et al.*, 2006; Teixeira *et al.*, 2006), além da escola, meios de comunicação, amigos (Alves & Brandão, 2009; Koerich *et al.*, 2010; Rojas *et al.*, 2006) e Unidades Básicas de Saúde (Rojas *et al.*, 2006). Entretanto, os jovens



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

parecem apresentar falhas em seus conhecimentos sobre contracepção e prevenção contra DSTs. De maneira geral, foi constatado que os jovens ainda sabem pouco sobre contracepção. Os conhecimentos tendem a se restringir ao preservativo masculino, ao contraceptivo oral e injetável (Alves & Lopes, 2008a; Cabral, 2003; Koerich *et al.*, 2010), podendo haver informações equivocadas sobre outros métodos (Alves & Brandão, 2009). Além disso, um dos estudos indicou que há um maior conhecimento sobre tais métodos do que a prática efetiva de seu uso (Alves & Lopes, 2008a).

No que diz respeito à prevenção às DSTs, há uma dificuldade de relacionar corretamente o uso do preservativo à prevenção de doenças como a AIDS (Leite *et al.*, 2007; Rojas *et al.*, 2006). As doenças sexualmente transmissíveis mais conhecidas pelos jovens são a AIDS, a sífilis e a gonorréia (Rojas *et al.*, 2006).

O maior uso de métodos contraceptivos esteve associado às fontes de informação em dois dos estudos. Receber ou buscar estas informações nos pais (Teixeira *et al.*, 2006) e nas revistas femininas, para as mulheres (Marinho *et al.*, 2009), parece ter grande importância para a adoção de práticas contraceptivas pelos jovens. Nota-se também certa dificuldade de diálogo entre os jovens e as Unidades Básicas de Saúde e os profissionais de saúde em geral. Os jovens parecem não frequentar estes serviços, exceto quando do acometimento por alguma doença (Alves & Brandão, 2009). Alguns deles, ainda, passam pelas UBS sem que tenham acolhidas suas demandas sobre sexualidade e contracepção (Brandão, 2009). Além disso, quando há esta orientação por parte dos profissionais, nem sempre há a apresentação de todos os métodos e de suas implicações (Alves & Lopes, 2008b).

O conhecimento sobre os métodos, apesar de difundido, parece apresentar deficiências. No caso dos contraceptivos orais, muitas vezes não se sabe lidar com efeitos colaterais ou situações inesperadas (Alves & Lopes, 2008a). Quanto ao preservativo, há dificuldade em associá-lo à prevenção contra as DSTs (Koerich *et al.*, 2010; Leite *et al.*, 2007). Este método, referido como mais prático e barato (Leite *et al.*, 2007), parece ser o mais o mais utilizado. Entretanto, este uso possui foco na prevenção de uma gravidez indesejada, e não nas doenças (Koerich *et al.*, 2010; Leite *et al.*, 2007). Por outro lado, o preservativo pode ser também negligenciado e abandonado (Pirotta & Schor, 2004), pelo entendimento de que ele “quebra o clima” da relação, não fazendo parte dos jogos eróticos entre os parceiros (Koerich *et al.*, 2010).



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Uso de métodos contraceptivos

A utilização de métodos contraceptivos nas últimas relações sexuais parece sofrer algumas mudanças quando a comparada à iniciação sexual. Para ambos os sexos, há uma diminuição no uso do preservativo, paralelamente ao aumento do uso de contraceptivos orais (Rojas *et al.*, 2006; Teixeira *et al.*, 2006). Ainda assim, o preservativo permanece como método mais utilizado, seguido pela pílula (Alves & Lopes, 2008b; Leite *et al.*, 2007; Marinho *et al.*, 2009; Rojas *et al.*, 2006). Além disso, uma proporção dos jovens utiliza os dois métodos de forma combinada (Pirotta & Schor, 2004; Rojas *et al.*, 2006). Outros métodos citados foram o coito interrompido e a tabelinha (Alves & Brandão, 2009; Brandão, 2009; Cabral, 2003).

O status de relacionamento dos jovens aparece como um importante fator neste contexto. Entre aqueles que namoram (ou seja, possuem parceria fixa), há uma tendência de maior utilização dos contraceptivos hormonais. Já entre os jovens que têm relações sexuais com parceiros esporádicos, o método de escolha é o preservativo (Brandão, 2009; Pirotta & Schor, 2004).

Além disso, entre os rapazes, há uma tendência de classificação das parceiras sexuais com as quais se relacionam. As “mulheres da rua” são consideradas promíscuas, as relações sexuais são esporádicas e, por isso, é necessário o uso do preservativo. Já com as parceiras fixas, namoradas ou esposas, este uso não ocorre. Nestas mulheres é depositada a confiança, esperando-se elas se relacionem apenas com um parceiro e que não sejam portadoras de nenhum tipo de DST (Alves & Brandão, 2009; Brandão, 2009).

A utilização de métodos contraceptivos também recebe grande influência familiar. A falta de diálogo sobre o tema entre pais e filhos pode dificultar a gestão da contracepção (Brandão, 2009). Um estudo realizado com universitárias demonstrou que o sexo seguro é praticado em maior proporção pelas estudantes que não residem com a família (Moser *et al.*, 2007). É possível que, neste contexto, haja entre pais e filhas certa dificuldade de comunicação sobre o exercício sexual seguro.

As razões da não adesão à contracepção foram um tema recorrente. Os estudos abordam a questão explorando os motivos pelos quais os jovens não aderiram à contracepção. As respostas mais obtidas foram: não ter pensado na hora (Alves & Lopes,



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

2008b; Teixeira *et al.*, 2006); ter relações sexuais esporádicas (Alves & Lopes, 2008b; Rojas *et al.*, 2006); medo de efeitos colaterais, no caso da pílula (Brandão, 2009; Rojas *et al.*, 2006); oposição do companheiro (Rojas *et al.*, 2006); pensar que o uso era de responsabilidade do parceiro (Teixeira *et al.*, 2006); dificuldade de acesso aos métodos contraceptivos (Brandão, 2009; Teixeira *et al.*, 2006); e medo de revelar o exercício sexual diante da família e da comunidade (Brandão, 2009).

CONCLUSÕES

Observou-se maior prevalência de estudos quantitativos entre os artigos analisados. O foco de interesse predominante foi o uso de métodos contraceptivos e o comportamento sexual, sendo recorrente a comparação entre a iniciação e a última relação sexual. Quanto à população estudada, é interessante notar que, apesar da maioria das pesquisas enfocarem ambos os sexos, três artigos tinham como sujeitos apenas mulheres, e um somente homens, pois dizia respeito à paternidade na adolescência. Esta forma de abordagem do tema pode ser considerada um reflexo da maior responsabilização feminina no que concerne à contracepção.

Parece ser consenso entre os estudos o fato de que o maior conhecimento sobre métodos contraceptivos não implica em uso mais eficiente dos mesmos. Além disso, percebe-se que o método de escolha dos jovens é o preservativo. Isto não significa, no entanto, que haja associação entre a dupla proteção proporcionada pelo preservativo, a prevenção da gravidez indesejada e de doenças sexualmente transmissíveis. Por fim, os estudos realizados com população universitária demonstram que entre este público há maior informações sobre a contracepção, além de uma maior tendência ao adiamento da maternidade. Contudo, mesmo entre este grupo há lacunas e vulnerabilidades no uso dos métodos.

Algumas limitações do presente estudo devem ser assinaladas. As delimitações de busca (trabalhos em outros idiomas; que não disponibilizaram resumo; monografias, dissertações e teses) podem ter deixado de fora estudos sobre a temática. A heterogeneidade de abordagens entre os estudos, apesar de proporcionar uma visão mais ampliada sobre o tema, pode ter dificultado o agrupamento dos dados, fazendo com que algumas facetas do tema não tenham sido abordadas. Finalmente, ressalta-se a necessidade



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

de mais estudos que ajudem a compreender a lógica subjacente ao uso da contracepção pelos jovens, a fim de aperfeiçoar as políticas públicas de saúde voltadas a esta população.

REFERÊNCIAS

- Alves, C. A., & Brandão, E. R. (2009). Vulnerabilidades no uso de métodos contraceptivos entre adolescentes e jovens: interseções entre políticas públicas e atenção à saúde [Versão eletrônica]. *Ciência & saúde coletiva*, 14(2), 661-670.
- Alves, A. S., & Lopes, M. H. B. M. (2008). Conhecimento, atitude e prática do uso de pílula e preservativo entre adolescentes universitários [Versão eletrônica]. *Revista brasileira de enfermagem*, 61(1), 11-17.
- Alves, A. S., & Lopes, M. H. B. M. (2008). Uso de métodos anticoncepcionais entre adolescentes universitários [Versão eletrônica]. *Revista brasileira de enfermagem*, Brasília, 61(2), 170-177.
- Belo, M. A. V., & Silva, J. L. P. (2004). Conhecimento, atitude e prática sobre métodos anticoncepcionais entre adolescentes gestantes [Versão eletrônica]. *Revista de saúde pública*, 38(4), 479-487.
- Brandão, E. R. (2009). Desafios da contracepção juvenil: interseções entre gênero, sexualidade e saúde [Versão eletrônica]. *Ciência & saúde coletiva*, 14(4), 1063-1071.
- Brandão, E. R., & Heilborn, M. L. (2006). Sexualidade e gravidez na adolescência entre jovens de camadas médias do Rio de Janeiro, Brasil [Versão eletrônica]. *Cadernos de saúde pública*, 22(7), 1421-1430.
- Cabral, C. S. (2003). Contracepção e gravidez na adolescência na perspectiva de jovens pais de uma comunidade favelada do Rio de Janeiro [Versão eletrônica]. *Cadernos de saúde pública*, 19(2), 283-292.
- Freitas, M. V., Abramo, H. W., & León, A. D. (2005). *Juventude e adolescência no Brasil: referências conceituais*. Ação Educativa. Programa de Juventude.
- Koerich, M. S., Baggio, M. A., Backes, M. T. S., Backes, D. S., Carvalho, J. N., Meirelles, B. H. S., & Erdmann, A. L. (2010). Sexualidade, doenças sexualmente transmissíveis e contracepção: atuação da enfermagem com jovens de periferia [Versão eletrônica]. *Revista de enfermagem UERJ*, 18(2), 265-271.



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

- Leite, M. T. F., Costa, A. V. S., Carvalho, K. A. C., Melo, R. L. R., Nunes, B. M. T. V., & Nogueira, L. T. (2007). Saber e prática contraceptiva e prevenção de DST/HIV/AIDS em universitários da área da saúde [Versão eletrônica]. *Revista brasileira de enfermagem*, 60(4), 434-438.
- Leite, I. C., Rodrigues, R. N., & Fonseca, M. C. (2004). Fatores associados com o comportamento sexual e reprodutivo entre adolescentes das regiões Sudeste e Nordeste do Brasil [Versão eletrônica]. *Cadernos de saúde pública*, 20(2), 474-481.
- Marinho, L. F. B., Aquino, E. M. L., & Almeida, M. C. C. (2009). Práticas contraceptivas e iniciação sexual entre jovens de três capitais brasileiras [Versão eletrônica]. *Cadernos de saúde pública*, 25(2), 227-239.
- Moser, A. M., Reggiani, C., & Urbanetz, A. (2007). Comportamento sexual de risco entre estudantes universitárias dos cursos de ciências da saúde [Versão eletrônica]. *Revista da associação médica brasileira*, 53(2), 116-121.
- Pantoja, F. C., Bucher, J. F. N. F., & Queiroz, C. H. (2007). Adolescentes grávidas: vivências de uma nova realidade [Versão eletrônica]. *Psicologia ciência e profissão*, 27(3), 510-521.
- Pelloso, S. M., Carvalho, M. D. B., & Valsecchi, E. A. S. S. (2002). O vivenciar da gravidez na adolescência [Versão eletrônica]. *Maringá*, 24(3), 775-781.
- Pirotta, K. C. M., & Schor, N. (2004). Intenções reprodutivas e práticas de regulação da fecundidade entre universitários [Versão eletrônica]. *Revista de saúde pública*, 38(4), 495-502.
- Rojas, S. H. C. C., Crestani, K. D., Batista, G. V., & Melo, A. P. A. (2006). Características reprodutivas das adolescentes da Legião Mirim de Marília – São Paulo, Brasil, 2005 [Versão eletrônica]. *DST – Jornal brasileiro de doenças sexualmente transmissíveis*, 18(2), 137-142.
- Teixeira, A. M. F. B., Knauth, D. R., Fachel, J. M. G., & Leal, A. F. (2006). Adolescentes e o uso de preservativos: as escolhas dos jovens de três capitais brasileiras na iniciação e na última relação sexual [Versão eletrônica]. *Cadernos de saúde pública*, 22(7), 1385-1396.
- United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization. (2011). *UNESCO: Acting with and for youth*. Recuperado em 14 fevereiro, 2012, de:



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

<http://www.unesco.org/new/en/social-and-human-sciences/themes/social-transformations/youth/>





III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

**Conversando sobre saúde em grupos de mulheres: compartilhando experiências e
buscando empoderamento**

Daniela M. B. Orsato ¹

Adriane Roso ¹

¹ Universidade Federal de Santa Maria (UFSM)

RESUMO

O objetivo geral deste trabalho é descrever o funcionamento de dois grupos de empoderamento decorrentes do projeto de extensão “Direitos Sexuais e Reprodutivos: Conversando sobre saúde”, ocorridos no ano de 2011, na Clínica de Estudos e Intervenções em Psicologia (CEIP). Os encontros eram semanais, em média participavam cinco mulheres por grupo e cada um era coordenados por uma psicóloga e duas estudantes de psicologia. Para tanto, foi elaborado o projeto de pesquisa “Saúde Sexual e Reprodutiva das Mulheres: o Grupo como Dispositivo”. Nesse projeto, o objetivo principal era analisar o grupo enquanto dispositivo, buscando compreender os modos de viver e sentir a saúde sexual e reprodutiva das mulheres. Intentava-se analisar a dinâmica do controle social em relação a questões que constituem o tema da saúde sexual e reprodutiva, desconstruindo noções hegemônicas como a desigualdade de gênero. A Psicologia Social Crítica é a perspectiva orientadora da análise em termos de pesquisa, dentro da qual a psicanálise é o aporte teórico da ação em si.

Palavras-chave: Psicologia Social; Psicologia da Saúde; Psicologia de Grupos; Direitos Sexuais e Reprodutivos; Saúde da Mulher

Introdução

Nos últimos tempos, temos assistido a um movimento paradoxal no que concerne à atribuição de significados e práticas relativos ao campo da sexualidade. Novas formas de se viver e sentir a sexualidade trazem à tona, conseqüentemente, novas formas de se



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

enfrentar as demandas decorrentes desse aspecto da vida humana, como por exemplo, o combate às doenças sexualmente transmissíveis.

No Brasil, os esforços intelectuais e políticos continuam dispersos e fragmentados. Pensadores e ativistas de direitos humanos não debatem, em geral, temas que envolvem sexualidade e reprodução, como HIV/AIDS, homossexualidade e aborto. A negligência que ronda essas temáticas precisa ser extinta. Uma das mais importantes tarefas do psicólogo social da saúde é justamente abrir espaços para que as discussões sobre saúde sexual e reprodutiva (e todos os temas que se relacionam a ela) afluam e possibilitem tomadas de decisões ético-políticas que posicionem as mulheres enquanto seres humanos com direitos e dignidade iguais aos dos homens.

O trabalho de psicologia de grupos serve muito bem a esses propósitos, principalmente quando possibilita focar essa temática. Assim, somando-se a esta tarefa, construímos essa pesquisa, cujo foco de referência é o dispositivo-grupo, composto por mulheres que participam do projeto de extensão “Direitos Sexuais e Reprodutivos: Conversando sobre saúde”, que, por sua vez, está ligado ao grupo de estudos “Saúde, Minorias Sociais e Comunicação”. O projeto foi iniciado em maio de 2009 e atualmente se encontra em sua 4ª edição. A partir de 2011, foram formados dois grupos, procurando-se levar em conta maiores afinidades entre as participantes. O presente trabalho traz como foco os encontros realizados na última edição concluída, qual seja, a do ano passado.

O objetivo geral deste projeto de pesquisa é descrever e analisar o dispositivo-grupo, com o intuito mapear os modos de viver/sentir a saúde sexual e reprodutiva de mulheres que participam do projeto de extensão “Direitos Sexuais e Reprodutivos: Conversando sobre saúde”, buscando identificar as possíveis modificações nos territórios constituídos pelas participantes e tendo como meta a apreensão da noção de empoderamento.

Desenvolvimento

No referido projeto de extensão, os grupos são tomados como dispositivos criadores de ações dialógicas, nos quais mulheres se reúnem para conversar sobre temas de seu interesse que estejam relacionados à saúde sexual e reprodutiva. Através de oficinas temáticas (workshop), as mulheres vão ajudando umas as outras e se fortalecendo (*empowerment*), com o auxílio dos mediadores (equipe do projeto). As oficinas possibilitam uma relação horizontal entre técnicos e população, considerando que o espaço



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

de discussão tem como objetivo resgatar os conhecimentos existentes, permitir a manifestação de sentimentos relativos à vivência, facilitar a expressão e comunicação intergrupal e motivar a discussão de conteúdos (Chiesa & Westphal, 1995). Nesse sentido, são solos férteis para incentivar o desenvolvimento da consciência.

Assim sendo, consideramos pertinente nos determos, de maneira breve, na elucidação do que entendemos como grupo e grupo enquanto dispositivo. Em termos de definição sobre o que é um grupo, alguns elementos se tornam recorrentes. Descrevemos certos denominadores comuns: o grupo vem a ser um importante elo intermediário entre o indivíduo e a sociedade, é uma estrutura e um objeto de investigação. No trabalho grupal, estabelecem-se relações não somente entre pessoas diferentes, mas também *modos de existencialização* distintos. Esse pressuposto acarreta a constituição de um ambiente fértil de inquietações, de questionamentos, e até mesmo de atritos (Barros, 2007).

Quando acionado o dispositivo grupal, muitas pessoas se sentem convocadas a refletir e reposicionar alguns conceitos e ideias que até então ocupavam um lugar cristalizado em suas cognições. O ato de compartilhar a própria experiência diante de outros pode desencadear movimentos inesperados porque a presença do desconhecido passa a se fazer presente nos encontros. O outro se faz presente, não só em nível de outra pessoa, mas também em nível de outrem (IBID, 2007).

Nas décadas de 80-90, verificou-se um declínio na oferta de serviços terapêuticos grupais acompanhado de um fraco empenho na utilização dessa modalidade de atendimento nos serviços da rede pública de saúde. As explicações para este ocorrido situam a questão desde uma “inconsistência teórica” para a área, passando para a alegação da escassa procura por parte dos usuários para este tipo de atividade que sofreu “concorrência” de outras correntes de pensamento que entraram no sistema de saúde, especialmente a psicanalítico-lacanianana (IBID, 1996).

Por outro lado, na atualidade, entender as dinâmicas grupais vem adquirindo cada vez mais relevância, o que faz com que o conhecimento acerca desse processo se torne fundamental para se poder avaliar as várias possibilidades e objetivos intrínsecos aos processos grupais. Torna-se imprescindível investigar os vários aspectos do saber sobre este campo, considerado muito pertinente dentro da Psicologia Social (Andaló, 2001).

Objetivos



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

O objetivo geral é analisar o grupo enquanto dispositivo, buscando compreender os modos de viver e sentir a saúde sexual e reprodutiva das mulheres que participam do projeto de extensão “Direitos Sexuais e Reprodutivos: Conversando sobre saúde”, tendo como meta a apreensão da noção de empoderamento. Para tanto, faz-se necessário empreendermos um contínuo questionamento acerca das relações de poder e sobre as verdades naturalizadas que compõem o discurso de diferentes atores sociais. No mesmo sentido, objetivamos analisar a dinâmica do controle social em relação a questões que constituem o tema da saúde sexual e reprodutiva, desconstruindo noções hegemônicas como a desigualdade de gênero.

Os objetivos específicos são:

- Avaliar o reposicionamento da consciência ético-política frente a questões concernentes aos direitos sexuais e reprodutivos;
- Identificar, nas suas ações cotidianas, o impacto proporcionado pela proposta do grupo em temas como gênero e etnia;
- Conhecer as atitudes frente ao HIV/AIDS;
- Examinar a qualidade das relações interpessoais; e
- Confeccionar uma cartilha sobre os temas discutidos com a efetiva contribuição das participantes dos grupos.

Metodologia

Para a análise são empregadas metodologias tanto quantitativas como qualitativas. Estão sendo aplicados três instrumentos, a saber: Escala de Atitudes frente a AIDS, Questionário Conceitual e Escala Fatorial de Socialização. Os dados quantitativos são compilados através de estatística descritiva simples, sendo empregado o auxílio de computador para tanto. Para os dados qualitativos, trabalhamos com a atenção flutuante, empregando a escuta clínica, fazendo interpretações no tocante aos objetivos propostos.

Tendo como princípio norteador a ideia de que não pode haver quantificação sem qualificação (Bauer, Gaskell & Allum, 2002), a interpretação dos dados quanti e quali se deu a partir do corpo teórico da Psicologia Social Crítica. Embasamos a análise em autores que enfocam a sexualidade e a reprodução como uma construção sócio-histórica amparadas pela noção de gênero e etnia, em autores que trabalham a perspectiva dos



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

processos grupais e em autores que tratam os fenômenos sociais e grupais com apoio na teoria das Representações Sociais.

Em termos de estrutura de análise, foram elencados alguns eixos que deram o foco norteador para o trabalho, sempre levando em conta a recepção que o grupo apresentará ao tema proposto. São quatro os eixos: corpo e saúde (DST's, em especial HIV/AIDS; relação com o SUS; tratamentos alternativos); direitos reprodutivos e sexuais (concepção de direitos; métodos contraceptivos; aborto; menstruação e menopausa); família (concepção e expectativas sobre a família; configurações familiares e possíveis preconceitos; relação com os filhos e com o cônjuge; divisão de tarefas) e projeto de vida (escola; trabalho; vida afetiva).

Resultados e Discussão

Na 3ª edição do projeto, foram triadas 19 mulheres. Destas, cinco foram selecionadas para participar do grupo A e quatro para o grupo B. Duas pessoas triadas no ano anterior em fila de espera foram encaminhadas para o grupo B. Durante o transcorrer do ano foram encaminhadas novas participantes por um lado, e por outro houve algumas desistências, o que acarretou em uma média de cinco participantes. A proposta era iniciar com um único grupo, porém diante de duas faixas etárias distintas aparecerem, e levando em conta os motivos de tais procuras, percebemos que seria mais interessante formarmos dois grupos separados. No grupo A as idades compreenderam o intervalo de 29 a 50 anos e no grupo B de 34 a 70 anos. Ambos iniciaram no mês de maio, foram mediados por uma psicóloga, auxiliadas por duas observadoras estudantes de psicologia e foram realizados na sala de grupos da Clínica de Estudos e Intervenções em Psicologia (CEIP) do curso de Psicologia da UFSM. Durante o período referido, ocorreram 26 encontros em cada grupo, totalizando 52 encontros.

Desde o contrato, que em ambos os grupos aconteceu no primeiro encontro, pontuamos a importância de que, o que fosse falado no grupo, permanecesse ali, e da questão de que o espaço serviria justamente para que elas, na medida em que se sentissem confortáveis, pudessem compartilhar suas angústias, seus problemas, de forma a que, juntas, se fortalecessem enquanto mulheres, podendo adquirir maior autonomia e exercício de seus direitos. Fizemos a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido,



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

abrimos um espaço em específico para o esclarecimento de dúvidas quanto a este, o qual, por fim, foi assinado pelas participantes e pela supervisora do projeto. Cada participante assinou duas cópias, ficando uma para si e a outra para arquivo sob responsabilidade do projeto.

Com o passar do tempo, foi se formando um espaço de acolhimento para que elas pudessem trazer suas questões pessoais e que, como elas mesmas colocaram, muitas vezes não eram “escutadas” na sociedade, na qual muitos assuntos são silenciados e naturalizados. Dialogando no grupo, trocaram opiniões, falaram sobre os sentimentos gerados, sobre fatores sociais e culturais envolvidos, e a partir da reflexão, puderam realizar uma crítica e se fortalecer.

Nos grupos, as participantes problematizaram questões emocionais/afetivas que interferem em seus modos de lidar com as situações de seu dia-a-dia. No grupo A, as temáticas trabalhadas foram: HIV/AIDS, uso de drogas, filhos, papéis da mulher e traição. Em relação à temática do HIV/AIDS, as participantes refletiram sobre o que acontece para que, mesmo considerando que possuem informações, essas não as coloquem em prática com “disciplina” (sic) e conforme o esperado, como, por exemplo, fazer uso da camisinha para se prevenir a infecção do HIV. Nesse sentido, uma possível explicação nos traz que “a atividade sexual é uma questão muito importante e está frequentemente relacionada ao amor e à afetividade, e não somente à questão da procriação. Esses sentimentos românticos se contrapõem, na prática, às medidas preconizadas para a prevenção das DST/AIDS” (Buchalla et al, 2002, p. 18).

Diante dessas questões, surgiram falas em relação a modos de lidar com a educação de seus filhos e de formas naturalizadas de que a maternidade “completa uma mulher”. Refletiram sobre o que a sociedade espera das mulheres na atualidade em relação ao desempenho de papéis. Ponderaram que *“tu tem que ser magra, tem que ser boa pro teu marido, boa de cama, boa dona de casa, boa de tudo, tu tem que ser uma mãe”* e também que *“a cobrança na mulher ela tá cada vez maior. Eu acho assim, que a gente tá se dando mal. Eu acho assim, que a gente é cobrada em todos os sentidos”*, e de como ainda a figura da mãe é vista como *“administradora do lar”, “o centro do lar”, “equilíbrio”,* quem *“edifica o lar”*. Falaram da carga psíquica envolvida nessa caracterização da mulher: *“É, só, tu entende, e aí, cai no colo de quem? Da mulher, né. E daí, tipo assim, te vira. (...)”*



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Se a mulher não tá bem ou não faz as coisas bem aí a família inteira não funciona, aí tu tem vontade de te mata né, pelo menos eu tenho”.

Puderam, a partir da análise de situações de violência, pensar sobre o imaginário que circula na sociedade em relação à mulher e à sexualidade. Pontuaram que muitas vezes a mulher que sofre algum tipo de violência é percebida como a pessoa que provocou a situação.

Também falaram sobre o quanto, muitas vezes, possuir informações sobre os assuntos não as auxilia em seus cotidianos. Relacionaram isso a vivências na busca de emprego, já que duas participantes relataram o quanto o fato de terem um grau de instrução escolar alto muitas vezes atrapalha na busca que fazem por empregos que não requerem formação superior.

No grupo B, as temáticas discutidas se referiram à família, autonomia, submissão da mulher e educação dos filhos. As participantes partilharam a reflexão sobre seus papéis enquanto esposa e mãe, com discussões onde apareceu o conflito de perspectivas em relação à educação dos filhos, onde por um lado, no seu tempo de infância, a educação era construída de um modo, e por outro, hoje em dia a educação que se apresenta como “ideal” contrasta com o modelo aprendido. Uma das participantes afirmou “*eu dei [para os próprios filhos] a educação que eu recebi*”, evidenciando que na sua época de infância os modos e os costumes eram diferentes em relação a este assunto. Na conversa, ficou evidente o questionamento em relação aos novos modos de educação vigentes atualmente que contrastam sobremaneira com o estilo de educação transmitido na geração anterior.

Segundo Arriagada (2000, como citado em Moreira & Biasoli-Alves, 2010), grandes mudanças têm ocorrido nas famílias latino-americanas nos últimos anos que se refletem num estilo de educação “moderno” tais como o declínio do modelo patriarcal; a inserção maciça de mulheres no mercado de trabalho; o aumento de lares liderados por mulheres; o cuidado e a socialização das crianças estarem ocorrendo cada vez menos de forma exclusiva ao ambiente familiar, sendo cada vez mais precoce o início da vida escolar para os filhos, incluindo aí a necessidade de se deixar os mesmos em creches; o estabelecimento do direito individual como predominante ao direito familiar, originando novos modos de se viver a relação entre pais e filhos, com um incremento de mais direitos para os últimos; da diminuição da hierarquia e da submissão; da existência predominante de famílias estruturadas no modelo nuclear e das taxas de natalidade.



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

As participantes referiram medo da solidão especialmente a partir do momento em que os filhos saíram de casa. Quando esse fato ocorre, podem existir mudanças na configuração do casal, podendo haver melhorias em sua vida ou quadros de depressão relacionada à ausência dos filhos (Sartori & Zilberman, 2009). Ainda nesse sentido, aquela mulher que devotou sua vida e seus esforços para sua família e na criação dos filhos e/ou filhas, quando chega o momento de um redirecionamento dessas tarefas, isso se apresenta como ameaçador, já que “quando sua tarefa principal de mãe e provedora desaparece, isso pode representar, para muitas mulheres, um sentimento de perda, particularmente quando a criação dos filhos (as) foi a tarefa principal e não foi planejado o que fazer depois” (Sanchez, 2000, como citado em Salgado, 2002, p. 15).

Com o passar dos encontros, as participantes dos grupos verbalizaram a importância dos mesmos. Uma participante comparou sua participação no grupo com seu tratamento psicológico individual, dizendo que o grupo estava sendo importante porque podia ouvir outros pontos de vista trazidos pelas colegas, e que isto a auxiliava a entender melhor suas próprias questões. Outra participante sinalizou a importância de estar no grupo e escutar as outras, dizendo que para ela é uma dificuldade conseguir escutar opiniões diferentes das dela, e que ali ela estava exercitando essa escuta.

Conclusões

O grupo A focou suas discussões em assuntos como cobrança da sociedade em relação ao desempenho de papéis da mulher na atualidade e a carga psíquica envolvida nessa caracterização da mulher. O grupo B cercou mais temáticas como medo da solidão e educação dos filhos (que foi predominante). O grupo A configurou-se como “mais jovem” e o grupo B como “mais maduro”. Acreditamos que essas diferenças relacionam-se ao perfil do grupo no quesito faixa etária, embora isto mereça mais aprofundamento.

Todavia, embora os grupos demandem temas específicos de discussão, percebemos que eles possuem um elo – o sofrimento psíquico do viver mulher. Essas mulheres vêm buscar ajuda porque estão sofrendo com relações dominadoras, privadoras de direitos sociais. Buscam no grupo um apoio, uma “luz de força” para continuar seguindo suas jornadas. E o dispositivo grupal engendra sua máquina para tentar desconstruir infelicidades e criar linhas de fuga.



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Referências:

- Allum, N.; Bauer, M. W. & Gaskell, G. (2002). *Pesquisa Qualitativa com texto, imagem e som: Um manual prático*. Petrópolis: Vozes.
- Andaló, C. S. de A. (2001). O papel de coordenador de grupos. *Psicologia USP*, 12(1), 135-152. Recuperado em 02 de junho, 2010, de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010365642001000100007&lng=pt&nrm=iso
- Barros, R. D. B. de. (1996). Clínica grupal. *Revista de Psicologia/UFF*, 7, 1-10. Recuperado em 10 de maio, 2012, de <http://www.saude.ms.gov.br/control/ShowFile.php?id=27850>
- Barros, R. D. B. de. (2007). *Grupo: a afirmação de um simulacro*. Porto Alegre: Sulina/ Editora UFRGS.
- Buchalla, C. M., Bugamelli, L., Fillipe, E. V., Garcia, S., Paiva, V., Santos, N. J. S. (2002). Mulheres HIV positivas, reprodução e sexualidade. *Revista de Saúde Pública*, 36(4), 12-23.
- Carvalho, A. M. A.; Moreira, L. (2010). *Família e Educação: Olhares da Psicologia*. São Paulo: Paulinas.
- Chiesa, A. M.; Westphal, M. F. (1995). A sistematização de Oficinas Educativas problematizadoras no contexto dos serviços públicos de saúde. *Revista Saúde Debate*, 46, 15-23.
- Salgado, C. D. S. (2002). Mulher Idosa: A feminização da velhice. *Estudos Interdisciplinares em Envelhecimento*, 4, 7-19.
- Sartori, A. C. R; Zilberman, M. L. (2008). Revisitando o conceito de síndrome do ninho vazio. *Revista Psiquiatria Clínica*, 36(3), 112-121.



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Crack e família: o quê nos dizem os atores públicos?

Fernanda dos Santos de Macedo ¹

Adriane Roso ¹

Mirela Frantz Cardinal ¹

Alex Barcelos Monaiar ¹

¹ Universidade Federal de Santa Maria (UFSM)

RESUMO

O presente estudo tem como objetivo analisar os discursos veiculados em dois jornais de grande circulação no interior do estado do Rio Grande do Sul, com o propósito de identificar os sentidos produzidos com relação à noção de família de usuários de crack (cocaína). Os discursos que nos interessam nesse momento são de atores públicos (profissionais da saúde; policiais, promotores, juízes, etc.). Tal estudo insere-se na pesquisa “Ideologia, produção de subjetividades e drogas: discursos midiáticos sobre o crack na cultura (pós)-moderna”, vinculada ao Grupo de Pesquisa “Saúde, Minorias Sociais e Comunicação” dos Cursos de Graduação e Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Santa Maria. A primeira etapa da referida pesquisa (quantitativa) possibilitou um corpus empírico de 138 reportagens, destas elencamos 15 que traziam o disparador de análise “Família”, mas nos detivemos na análise de 4, pois apresentavam discursos de atores governamentais e profissionais da saúde, foco desse escrito. Para a análise dos dados utilizamos a análise de discurso de tendência francesa e partimos do olhar da Psicologia Social Crítica. Os resultados indicam que a família é responsabilizada pelo fato de um de seus integrantes fazer uso da droga, e quando a causa do uso é relacionada à família, é mostrado como devido a alguma desestruturação ou inadequação dessa. As sequências discursivas ainda evidenciam que a noção de família estruturada é central, sendo que a não-estruturação é um indicador da dependência; a prova de que a família falhou é a presença da violência dentro de casa; e a segurança pública aparece como recurso final, inclusive para se manter a saúde. Por fim, notamos que essas sequências discursivas, além de recorrentes nos jornais, também produzem um



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

encadeamento: (1) a família é indicada como a primeira responsável, (2) a família falha – e isso aparece através de violência doméstica e conjugal; roubos e furtos; gravidez “de risco”, (3) para resolver a questão, apela-se aos atores públicos, que assumem principalmente através da internação compulsória.

Palavras-chave: Psicologia Social; Mídia; Família; Cocaína (Crack)

INTRODUÇÃO

A droga crack (derivada da cocaína) surgiu nos Estados Unidos por volta de 1980, e chegou ao Brasil dez anos depois (Kessler & Petchansky, 2008). A tendência de aumento do uso da droga no sul e sudeste foi progressiva, constatada nos levantamentos consecutivos (1987, 1989, 1993, 1997 e 2003) (Duailibi, Ribeiro & Laranjeira, 2008).

Informações como esta dão indícios de que o consumo do crack consiste em um problema de saúde pública, pois gera conseqüências para a saúde, as quais, muitas vezes, não são devidamente reconhecidas pelos sistemas de notificação existentes (Oedt, 2007). Trata-se, portanto, de um problema que exige o envolvimento de diferentes atores sociais, os quais não têm se eximido de se posicionarem com relação “epidemia do crack”, expressão frequentemente utilizada pelas mídias de massa.

O posicionamento de diferentes atores sociais não está apenas nas arenas do “mundo da vida”, mas em diversos veículos de comunicação de massa. Entretanto, as mídias de massa não apenas veiculam esses posicionamentos tal e qual eles são verbalizados. O que é posto na mídia é sempre uma reconstrução do que já foi dito (Charadeau, 2008; Thompson, 1995; Roso & Guareschi, 2007; Orlandi, 2009). Esses discursos da ordem de um já-dito, mas com nova roupagem, são assimilados pelo receptor – não de forma passiva, mas ativa, já que ele também faz uma reconstrução do discurso midiático.

Nessa intrincada rede de produção-recepção vão se produzindo efeitos de sentido, vai se fabricando subjetividades. Mas às mídias de massa não interessa qualquer subjetividade, pois elas precisam de sujeitos alienados e consumistas, pois são justamente esses sujeitos que retroalimentam a indústria midiática. Mas como são produzidos os sentidos? Que significados são veiculados para fabricar certos tipos de subjetividades? Ou



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

melhor, como as mídias de massa contribuem na fabricação de subjetividades alienadas? Para responder as essas perguntas precisamos analisar cada caso. Nem tudo é ideológico. Os discursos precisam ser olhados com sensibilidade, analisados com acuidade. E é isso que pretendemos realizar nesse estudo.

OBJETIVOS

O objetivo desse estudo é analisar os discursos veiculados em dois jornais de grande circulação no interior do estado do Rio Grande do Sul, com o propósito de identificar os sentidos produzidos com relação à noção de família de usuários de crack (cocaína).

Desde 2009, viemos desenvolvendo uma pesquisa quanti-quali intitulada “Ideologia, produção de subjetividades e drogas: discursos midiáticos sobre o crack na cultura (pós)-moderna”, vinculada ao Grupo de Pesquisa “Saúde, Minorias Sociais e Comunicação” dos Cursos de Graduação e Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Santa Maria. Durante o processo de pesquisa, observamos que os discursos de atores públicos (profissionais da saúde; policiais, promotores, juízes, etc.) comumente remetiam-se à família. Portanto, elegemos “Família” como nosso disparador de análise.

METODOLOGIA

Tal pesquisa é de cunho quanti-quali, sendo assim, nessa etapa partimos dos resultados quantitativos, em que foram mapeadas as formas simbólicas que se referem ao crack em dois jornais de grande circulação no interior do estado do Rio Grande do Sul (período 06 de julho de 2008 a 06 de julho de 2009). Foram levantadas todas as matérias que mencionavam a palavra crack, para, em uma segunda leitura, separar apenas aquelas que tinham o crack como foco saliente, resultando um total de 138 reportagens. Desse corpus empírico, criamos nosso corpus discursivo, isto é, do total de reportagens separamos 15 que possibilitavam uma leitura sobre nosso disparador.

A Psicologia Social Crítica e algumas noções da análise de discurso de tendência francesa (e.g., Maingueneau, 2008; Charaudeau, 2009) guiaram nosso percurso de análise. Essa perspectiva “têm a noção de funcionamento como central, levando o analista a



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

compreendê-lo pela observação dos processos e mecanismos de constituição de sentidos e de sujeitos, lançando mão da paráfrase e da metáfora como elementos que permitem um certo grau de operacionalização dos conceitos” (Orlandi, 2009, p.77).

DESENVOLVIMENTO

Com auxílio do software SPSS 17, gerou-se dados estatísticos referentes aos resultados colhidos na etapa quantitativa. Esses resultados nos guiaram na escolha do material de análise qualitativa.

Da (re) leitura do corpus empírico (138 reportagens) constatou-se que 123 (89,13%) reportagens não detinham a família e 15 (10,87%) sim, como se observa na tabela 1, abaixo.

QUANTO AO DISPARADOR	Nº DE REPORTAGENS	%
Não remetem à família	123	89,13
Remetem à família	15	10,87
TOTAL	138	100

Tabela 1- Corpus Discursivo

Fizemos uma busca nas 15 (10,87%) reportagens que remetiam à família para verificar em que tipo de variável e sub-variável elas se situavam. De 20 variáveis elencadas no corpus empírico, o disparador família aparece em 5 delas: atores principais, temas, consequências, soluções e causas.

Essas sub-variáveis nos mostram como a família é implicada na questão das drogas. Uma análise preliminar aos títulos das sub-variáveis já indicam que a família é posta em uma posição de responsabilidade pelo fato de um de seus integrantes fazer uso da droga. Ou seja, quando a causa do uso é relacionada à família, é devido a alguma desestruturação ou sua inadequação. Percebemos que a família é chamada pelo discurso da mídia a se implicar no processo, e quando essa rede de apoio sócio-familiar está presente, torna-se ator principal na maioria das reportagens (sete), enquanto há uma supressão do papel de outros atores.



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Variável	Sub-variável	Nº de Reportagens
Atores Principais	Rede de apoio sócio-familiar	7
Temas	Família (participação, responsabilidade)	1
Consequências	Problemas na família	6
Soluções	Soluções a serem tomadas pela própria família	1
Causas	Inadequação da educação-escolar/familiar	1
	Desestruturação Familiar	1
Sub-Total	-----	15 ⁶

Tabela 2 - Variáveis em Relação ao Disparador

A estruturação dessa Tabela 2 serviu para darmos o primeiro passo na análise discursiva. Relemos cada uma das 15 reportagens, com intuito de verificar em quais delas estavam sendo veiculados discursos de atores públicos sobre o disparador de análise eleito nesse estudo, a Família. Destacamos as sequências discursivas e que os atores públicos discorriam sobre a Família, prestando atenção em como funciona o discurso nas sequências que nos remetem a esse disparador. Por hora, privilegiamos àquelas ligadas aos discursos de atores governamentais e profissionais da saúde, nos detendo na análise mais minuciosa de quatro reportagens.

DISCUSSÃO E RESULTADOS

A mediação da cultura é uma característica fundamentalmente constitutiva das sociedades modernas, ou seja, as sociedades em que vivemos hoje são “modernas” em função do desenvolvimento dos meios de comunicação de massa. A mediação da cultura moderna é “o processo geral através do qual a transmissão das formas simbólicas se tornou sempre mais mediada pelos aparatos técnicos e institucionais das indústrias da mídia” (Thompson, 1995, p.12). Concomitantemente, passamos por um momento que de forma geral as relações são construídas e reproduzidas pela mídia. A família não poderia deixar

⁶ Há duas reportagens que aparecem em duas sub-variáveis diferentes.



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

de entrar nesse processo, a “mediação da família” torna público aquilo que era privado, e também coloca a família numa posição mais “transparente” em relação às intervenções do Estado e das instituições, como a própria mídia. Percebe-se, que a mídia de massa pode funcionar como um agente articulador entre sociedade e serviços públicos.

Segundo Van Dijk (2008), as elites simbólicas possuem livre acesso aos discursos e, portanto, são detentores de poder. O poder simbólico dessas também é uma forma de poder ideológico porque elas são os fabricantes do conhecimento e das ideologias. Sendo assim, desempenham um papel essencial ao dar sustentação ao aparato ideológico que permite o exercício e a manutenção do poder em nossa sociedade. O poder das ideologias é capaz de moldar o consenso. Observamos que as elites simbólicas se fazem presentes no referido estudo através dos atores que são convocados a se manifestarem na mídia - atores governamentais e profissionais da saúde. Estes são cuidadosamente escolhidos para “falarem” ao público, já que seus discursos, como menciona Van Dijk (2008), são carregados de ideologias capazes de influenciar profundamente o discurso e as práticas sociais dos indivíduos. Sendo assim, fica clara a importância de atentarmos para o quê e como está sendo veiculado nos meios de comunicação de massa.

Notamos que nas matérias analisadas, a partir dos discursos de atores públicos, as famílias têm sido responsabilizadas como os principais gestores dos problemas que a drogadição causa:

(...) toda a sociedade tem que estar *imbuidos* [sic] nesse propósito [combater o crack], especialmente os pais e a família (Ministério Público: S2 – R 71)⁷.

Nessa hora [quando o usuário comete o delito] os pais precisam analisar o comportamento de seus filhos e tomar providências (Cirurgião Dentista: S2 – R70).

Diversos autores tem assinalado a importância da família na constituição dos sujeitos – de Freud a autores contemporâneos. No que tange ao uso de drogas, a relação entre família e toxicomania tem sido bastante enfatizada. Schenker e Minayo (2003), por exemplo, discutem como as práticas educativas e os estilos de criação da família podem facilitar ou não o uso abusivo de psicoativos. Oliveira (1989) afirma que indivíduo toxicômano passa a viver em função da droga, não importando a família.

⁷ “S” refere-se à sequência discursiva. Em cada reportagem podem ter sido selecionadas diversas sequências. O número que segue o “S” remete ao número da sequência. “R” refere ao número da reportagem do corpus empírico.



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Assim, o que se percebe é que a mídia apenas reforça um discurso que já circula no social. Mas não é só isso: ela coloca a família no núcleo do fenômeno. O problema disso é que acirra a culpa dos pais.

Colle (2001) já chamou atenção para esses tipos de discursos, os quais criam e reforçam estereótipos que comportam duas modalidades de relação: a família-inocente, que se torna vítima do toxicômano e a família-culpada, onde o toxicômano é a vítima de um núcleo familiar patogênico.

A toxicomania e a própria noção de família é muito mais complexo do que um resumo de diádes. Quando a mídia veicula discursos de especialistas que enfatizam essa posição e não colocam outros discursos em movimento, que contraponham esses estereótipos, ela acaba não contribuindo para a desmistificação da toxicomania.

O uso do crack ainda é entendido como algo proveniente do exterior, que danifica a vida de todos, até então entendida como equilibrada e sem problemas. Ou seja, a noção de família estruturada é central, sendo que se não houver a estruturação, a drogadicção é o caminho certo dos filhos:

Atenção, muita atenção com seus filhos. (...). Se nós não assumirmos nossos filhos, os traficantes de drogas os assumirão, podem estar certos disso (Cirurgião Dentista: S3 –R70).

Essa nova configuração familiar, em que o pai é ausente e a mãe tem que assumir o papel dos dois, dificulta a imposição de limites na criança, principalmente nos meninos (Promotora da Infância e da Juventude: S2 – R 68)

Utilizando-se como justificativa os abalos internos e interferências externas que a família vem sofrendo, e que transformam as configurações familiares neste novo século (Sarti, 2008), percebe-se que os discursos veiculados na mídia reforçam a representação de uma família que precisa existir segundo determinados padrões, isto é, uma família nuclear e tradicional. Todavia, é inevitável que ocorram mudanças nas configurações familiares, e torna-se cada vez mais difícil definir os contornos que delimitam o conceito de família. Além de sofrer abalos internos, a família também tem sido alvo de interferências externas. Nesse começo de século XXI, a família brasileira tem passado por diversas mudanças e possui padrões difusos dos relacionamentos, comportando uma enorme elasticidade (Sarti, 2008).

Ainda, trazemos um conceito elaborado por Laing (1983): a preservação da família seria dependente da preservação do “ego” e do mundo, por consequência, a dissolução da



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

família equivaleria à morte do “ego” e o colapso do mundo. Sendo a família uma instituição, e como instituição ela também é atravessada pelas relações, e se as nossas relações se modificam, as instituições passam por lentas, porém notáveis modificações também. Dessa forma, nos perguntamos como esperar que a família não passe por alterações e possua desestruturações, visto que, o mundo além de se modificar a cada instante também está em crise?

Entretanto, todas essas mudanças pelas quais a instituição família passou e as novas configurações que se estruturaram, são postas pela mídia como o motivo das falhas da família. Quando se fala em usuários de drogas, as famílias desses são ainda mais culpabilizadas pelas configurações que apresentam. Caso tais famílias não sejam constituídas pelos membros tradicionais (pai, mãe, filhos), possua algum conflito, ou tenha passado por situações adversas, utiliza-se desses fatos para evidenciar que a culpa reside nas famílias. Além disso, a partir dos discursos analisados, percebe-se que a mídia mostra a presença da violência dentro do espaço privado (lar) como prova de que a família falhou.:

O traficante foi na casa do menino [17 anos], mas ele não estava. Então, ameaçou a irmãzinha de oito anos (Titular da Vara da Infância e Juventude: S2 - R11).

Já as meninas sofrem mais violência sexual dentro da própria casa (Promotora da Infância e da Juventude: S3 – R 68)

É importante ressaltar que a drogadição é um fenômeno multicausal, portanto sua compreensão, prevenção e tratamento devem levar em conta fatores orgânicos, psicológicos, socioculturais, familiares, espirituais e outros aspectos que se influenciam. Assim, é importante frisar que a família está implicada (entretanto não como única responsável) no desenvolvimento saudável ou não de seus membros, pois ela é compreendida como o elo entre as diversas esferas da sociedade (Zacharias et al, 2011). Porém, as formas simbólicas referentes à família, veiculadas pela mídia através de atores como profissionais especializados fortificam representações sociais de que essa família que possibilita o desenvolvimento saudável deve ser aquela nuclear, moralmente aceita e considerada estruturada pela sociedade. A falha considerada pela mídia da família é justamente suas mudanças, suas novas configurações.

No trecho a seguir, pelo discurso, pode-se perceber que existe uma idéia de que os usuários só procuraram ajuda porque estão esperando um filho. Mesmo o usuário sendo o filho ou a própria mãe, o que é veiculado recorrentemente na mídia é a figura da mãe que



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

busca salvar seu filho. E a segurança pública é considerada o recurso final, inclusive para se manter a saúde:

Eles [rapaz, de 19 anos, e a moça, de 17] vieram pedir ajuda desesperadamente porque ela é viciada em crack. Ela está grávida, mas a gente nem percebe por causa da magreza” (Juíza da Vara da Infância e da Juventude: S1, R11).

CONCLUSÕES

Os resultados indicam que a família é responsabilizada pelo fato de um de seus integrantes fazer uso da droga, e quando a causa do uso é relacionada à família, é mostrado como devido a alguma desestruturação ou inadequação dessa. As sequências discursivas ainda evidenciam que a noção de família estruturada é central, sendo que a não-estruturação é um indicador da dependência; a prova de que a família falhou é a presença da violência dentro de casa; e a segurança pública aparece como recurso final, inclusive para se manter a saúde. Por fim, notamos que essas sequências discursivas, além de recorrentes nos jornais, também produzem um encadeamento: (1) a família é indicada como a primeira responsável, (2) porém, a família falha – e isso aparece através de violência doméstica e conjugal; roubos e furtos; gravidez “de risco”, (3) portanto para resolver a questão, apela-se aos atores públicos, que assumem principalmente através da internação compulsória.

A pesquisa está em sua fase final. A análise aqui desenvolvida será aprofundada, quando se trabalhará com diferentes elementos discursivos. Com este estudo, espera-se que novos olhares nas mídias de massa sobre a toxicomania, em especial com relação ao uso do crack, possam ser criados, de modo a abarcar a complexidade desse fenômeno e do próprio “fenômeno família”.

REFERÊNCIAS

- Charaudeau, P. (2009). *Discurso das Mídias*. São Paulo: Contexto.
- Colle, F. X. (2001). *Toxicomanias, Sistemas e Famílias*. Lisboa, Portugal: CLIMEPSI.
- Duailibi, L. B.; Ribeiro, M. & Laranjeira, R. (2008). *Perfil dos usuários de cocaína e crack no Brasil*. Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas (UNIAD), Departamento de



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Psiquiatria, Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Recuperado em 17
setembro, 2009 de:

http://www.abead.com.br/artigos/arquivos/perfil_usuario_coca_crack.pdf

Kessler, F., & Petchansky, F. (2008). Uma visão psiquiátrica sobre o fenômeno do crack na atualidade. *Revista de Psiquiatria RS*, 30(2), 96-98

Laing, R. D. (1983) *A Política da Família*. (2. ed.) São Paulo: Ed. M. Fontes.

Maingueneau, D., *Análise de textos de comunicação*. São Paulo: Cortez. 2008.

Oedt (2007). *Treatment of problem cocaine use: a review of the literature*” [Tratamento do consumo problemático da cocaína: análise bibliográfica], Recuperado em Maio, 2007 de: <http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=18945>

Orlandi, E. P. (2009). *Análise de Discurso: Princípios e Procedimentos*. São Paulo: Pontes.

Sarti, C. A. (2008) *Famílias enredadas*. In: Acosta, A. R. & Vitale M. A. F. (orgs.). *Família: Redes, Laços e Políticas Públicas*. (4 ed.) São Paulo: Cortez/Instituto de Estudos Especiais/PUC-SP.

Schenker, M., & Minayo, M. C. S. (2003). A implicação da família no uso abusivo de drogas: uma revisão crítica. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8 (1), 299-306. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/%0D/csc/v8n1/a22v08n1.pdf> Acesso em 24 de maio de 2012.

Thompson, J. B. (1995). *Ideologia e cultura moderna: Teoria social crítica na era dos meios de comunicação de massa*. Petrópolis: Vozes.

Van Dijk, T. A. (2008) *Discurso e Poder*. São Paulo: Contexto.

Zacharias, D. G.; GARCIA, E. L.; PETRY, E. L. S. et al. (2011) Familiares De Usuários Do Crack: Da Descoberta Aos Motivos Para O Uso Da Droga. *Anais da IV Jornada de Pesquisa em Psicologia*, Departamento de Psicologia da UNISC.



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Cuidado em saúde mental e o desafio de formar uma rede viva

Katiusci Lehnhard Machado ¹

Laura Ferreira Cortes ¹

Juliane Heinrich ¹

Marlene Gomes Terra ¹

Fábio Becker Pires ¹

Volnei Antônio Dassoler ²

¹ Universidade Federal de Santa Maria (UFSM)

² Secretaria Municipal de Saúde de Santa Maria

RESUMO

Este trabalho consiste num relato de experiência sobre vivências realizadas por profissionais residentes da Linha de Cuidado em Saúde Mental do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde da Universidade Federal de Santa Maria. Objetiva descrever e problematizar a intervenção que buscou mobilizar o envolvimento do papel da Atenção Básica (AB), em especial profissionais de uma Estratégia de Saúde da Família, no que se refere às questões sobre saúde mental, álcool e outras drogas, bem como mobilizar o serviço para os aspectos de integração na rede de saúde mental do município. A intervenção ocorreu durante o período de outubro de 2011 a janeiro de 2012. Foi utilizada como estratégia metodológica a realização de oito encontros, com propostas que emergiram do desenvolvimento de uma pesquisa prévia, envolvendo os profissionais de saúde da referida unidade. Nesses encontros utilizaram-se registros de observações em diários de campo. Como resultados constataram-se algumas dificuldades da equipe de AB relativas a uma postura ativa para o desenvolvimento de estratégias de atenção aos usuários de álcool e outras drogas, que acolham e despertem uma política de cuidado para a vida e que culmine na produção de vínculos entre profissionais e usuários, dentro de uma rede de atenção resolutive. Além disso, perceberam-se dificuldades dos serviços quanto ao estabelecimento de relações potentes, vivas e comprometidas com a construção de sujeitos sociais autônomos e protagonistas de seus projetos pessoais e



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

sociais. Desta forma, impõem-se o desafio da consolidação de uma rede de atenção à saúde mental, capaz de oferecer acolhimento, referências, possibilidades de tratamento. Torna-se importante fomentar ações na AB por meio de um trabalho multiprofissional e intersetorial, no sentido de contribuir na busca por um atendimento integral em saúde mental e de qualidade ao usuário de álcool e outras drogas.

Palavras-chave: Saúde Mental, Saúde da Família; Rede de cuidados continuados de saúde; Usuários de Drogas.

INTRODUÇÃO

Este trabalho apresenta ações realizadas a partir de iniciativas para fomentar práticas de saúde mental na AB através de um Projeto de Intervenção intitulado ‘Rede de atenção a usuários de álcool e outras drogas: desenvolvimento de estratégias de promoção de cuidado integral em saúde mental na atenção básica’⁸, oriundo da pesquisa ‘Rede de atenção a usuários de álcool e outras drogas: compreensão de uma equipe de Estratégia de Saúde da Família’. Tais, pesquisa e intervenção foram desenvolvidas pelas profissionais psicóloga, enfermeira e terapeuta ocupacional, do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde da Universidade Federal de Santa Maria (PRMISPS/UFSM-RS), com ênfase na Saúde Mental, do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM).

Ainda, envolvidas no cotidiano do trabalho nos serviços da psiquiatria do referido hospital, em especial o campo do Serviço de Recuperação em Dependência Química (SERDEQUIM). Neste campo de práticas, sentiu-se a necessidade de compreender a organização da rede de serviços de saúde mental, em especial do álcool e outras drogas, a qual o usuário percorre, antes e após a alta hospitalar. Neste sentido, ocorreu a interface com AB.

No contexto da Reforma Psiquiátrica Brasileira, a partir de 2002, o Ministério da Saúde passa a implementar o Programa de Atenção aos Usuários de Álcool e outras Drogas, reconhecendo o uso prejudicial destas substâncias como importante problema da saúde pública. Constrói-se uma política pública específica para a atenção a essas pessoas

⁸ Projeto de Intervenção registrado sob o número 0241.0.243.000-11 (CAAE-CEP-UFSM).



III Congresso Brasileiro de Psicologia
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

situada no campo da saúde mental. Esta, em consonância com a Política Nacional de Atenção Básica, incita práticas pautadas no território e articuladas em uma rede ampliada de serviços de saúde (Brasil, 2004, 2011).

Entretanto, a articulação da saúde mental com a AB, apesar de importante pode encontrar dificuldades, pois, na maioria das vezes, carece de recursos humanos ou capacitação destes, o que acaba por prejudicar o desenvolvimento de uma ação integral em saúde pelas equipes (Brasil, 2003). Isso vem gerando questionamentos aos avanços da Reforma Psiquiátrica no contexto da AB. Observa-se que a questão das drogas tem sido pouco abordada na prática profissional dos trabalhadores (BARROS & PILLON, 2006).

OBJETIVOS

Descrever e problematizar a intervenção que buscou mobilizar o envolvimento do papel da AB na saúde mental no que se refere às questões sobre álcool e outras drogas, bem como mobilizar o serviço para os aspectos de integração na rede de saúde mental do município, através da implementação de estratégias para o desenvolvimento de um cuidado integral em saúde mental.

METODOLOGIA

Com os resultados da pesquisa realizada, encaminhou-se o projeto de Intervenção para o Núcleo de Educação Permanente em Saúde (NEPeS) da Secretaria de Município de Saúde (SMS), órgão responsável, entre outras atribuições, pelo vínculo entre serviço e ensino no âmbito municipal. O interesse estava em que os encontros da intervenção se desenvolvessem com toda equipe (enfermeiras, técnicas de enfermagem, agentes comunitárias de saúde (ACS), odontóloga e auxiliar de consultório odontológico, médica generalista), pois distintas sugestões levantadas implicavam envolvimento de todos. Em virtude disso, pactuou-se com as profissionais que alguns encontros ocorreriam no segundo momento das reuniões de equipe, que aconteciam uma vez na semana, no turno da tarde, e os outros encontros no horário de atendimento da Unidade à comunidade, com parte da equipe, pois esta estaria envolvida com as práticas cotidianas de trabalho.



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Após, as residentes apresentaram as dezoito propostas, as quais foram redefinidas com a equipe, por meio de conversação. Assim, acordou-se que a realização da intervenção aconteceria a partir das dez propostas escolhidas pela equipe. Destacamos neste trabalho quatro propostas, citadas e discutidas no tópico seguinte. Estas foram desenvolvidas em oito encontros, do total, quatro com toda a equipe e outros quatro com parte desta (ACS, enfermeiras e técnicas de enfermagem).

Salienta-se que a estruturação da metodologia de toda a intervenção aconteceu a partir das demandas que emergiram levantadas na pesquisa realizada previamente ao Projeto de Intervenção. Da mesma maneira, procurou-se valorizar as necessidades que a equipe de Estratégia de Saúde da Família pontuou em cada encontro. Estas eram pautados por momentos de discussão, reflexão e ação sobre cada uma das propostas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Com relação à ‘rede’, emergiu dos achados da pesquisa a compreensão sobre a fragmentação da rede de saúde mental do município, a busca das profissionais por qualificação em saúde mental e as dificuldades na comunicação entre o trabalho da rede básica com os serviços de referência em saúde mental. Com isso, trabalham-se as seguintes propostas de intervenção: a construção de um fluxograma da rede integral em saúde mental; o conhecimento entre os serviços de AB e apoio especializado; o apoio matricial em saúde mental; a realização de encontros entre os serviços de saúde mental e a aproximação dos trabalhadores da rede de saúde mental, que trabalham com a perspectiva de redução de danos.

Sobre a criação do fluxograma da rede de atenção integral em saúde mental, entendeu-se que com a realização de um o fluxo acessível favoreceria aos trabalhadores da equipe de saúde da família pensar o processo de trabalho na perspectiva de redes de cuidado. Aliás, esta talvez tenha sido uma das propostas que despertou no grupo maior interesse. Parece que a ideia de ter um papel que demonstre o fluxo denotou uma sensação de resolução dos problemas para os encaminhamentos dos usuários da saúde mental. Entretanto, tentou-se levantar na discussão, que somente montar um organograma dos serviços especializados, muitas vezes, poderia não dar conta de algo que a pesquisa apontou claramente, uma cultura não comunicacional.



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

A equipe observa através dos contatos com as famílias nas visitas domiciliares, que muitos serviços já trocaram de espaço físico, mudando assim seu endereço, bem como os dias de acolhimento de usuários. Todavia, estas mudanças são vistas com o tom de crítica pela equipe que parece não se sentir suficientemente incluída neste processo, chegando a impor que é o serviço especializado que deveria contatá-las à medida que haja alguma transformação na organização do mesmo.

Sendo assim, a equipe evidencia que há uma fragmentação na rede, principalmente no aspecto comunicacional; no entanto parecem ocupar uma posição de passividade demonstrado através da espera por uma ligação de um serviço ou da construção de um papel com a descrição destes serviços de referência.

A compreensão de rede envolve um conjunto de relações interpessoais concretas que vinculam indivíduos, à medida que se percebe o poder da cooperação como atitude que enfatiza pontos comuns em um grupo para gerar solidariedade e parceria (Duarte, 2010). E, desta maneira, a comunicação, traduzida em conexões, torna-se orientadora do cuidado em saúde. O funcionamento em rede como organizadora do trabalho sanitário é fundamental para desempenho do SUS (Ceccim e Ferla, 2006).

Desse modo, compreende-se que um serviço de saúde está integrado numa rede, quando ele não consegue resolver sozinho as demandas. Isso significa que precisa contar com o apoio de outros serviços e/ou setores, assim como outras redes que se articulam com o setor saúde. As redes de cuidado se organizam com grande capacidade de interlocução, negociação, associação fina da técnica com a política, ou seja, em sua organização há implicação de todos os atores dos diversos níveis assistenciais (Lima; Machado apud Oliveira, 2009).

Na tentativa de movimentar no grupo uma postura mais ativa na montagem do fluxograma, tomando como base o já existente da rede de atenção à saúde mental, construído pela Comissão de Saúde Mental do Município de Santa Maria/RS, com o objetivo de padronizar as informações de referência e contra-referência dos serviços de saúde mental e aos que se atravessam a ele, estimulou-se algumas mudanças no fluxograma, visando contemplar a realidade local e, também para movimentar a lógica instituída, ou seja, as dificuldades na comunicação entre os serviços.

Com isso, a construção deste fluxograma necessitou começar não pelo rabisco no papel, e sim, estimulamos o contato da equipe da AB com os serviços que comporiam o



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Fluxo, pois, foi definido no coletivo que além do nome dos serviços de referência, nesse constaria os nomes dos profissionais, o dia de acolhimento e o endereço de cada serviço, bem como a rede territorial, a composição intersetorial no processo de produção de saúde a que a AB se liga.

Percebe-se que este movimento ativo gerou um primeiro impulso de dúvida na equipe quanto a não saber como fazer, como ou o que falar nos contatos telefônicos realizados. Em virtude disto, a dúvida foi discutida e posta em análise na direção de problematizar a situação de como lidar com as relações de distanciamento instituídas.

Neste viés, observa-se que a continuidade do cuidado depende da articulação entre AB e saúde mental, contribuindo para a melhoria da assistência prestada e ampliação do acesso da população aos serviços. Da mesma forma, permite a inclusão do usuário; e, que este tenha conhecimento da estrutura do serviço e da rede assistencial, visando ser uma pessoa conhecedora, participante e influente dessa rede (Ceccim, 2005).

Consoante a isso, a equipe da AB caminha na direção da compreensão que o objeto do campo da saúde não é a cura ou a promoção e proteção da saúde, mas a produção de cuidado. E, é por meio desta que se acredita poderá atingir-se a cura e a saúde, que são de fato os objetivos que desejamos chegar através das ações das equipes (Merhy & Amaral 2007). Com essa compreensão questiona-se: como os serviços se co-responsabilizam no percurso do usuário pela rede de saúde mental promotora de saúde e de sujeitos? E, como eles compartilham destes cuidados sintonizados com estratégias de combate à desqualificação da vida?

É importante salientar que nas duas propostas seguintes o conhecimento sobre os serviços de saúde mental do município e a aproximação da equipe da USF com os profissionais da rede de saúde mental que trabalham com a perspectiva de redução de danos houve dificuldades no desenvolvimento das ações de intervenção. Para a primeira, buscamos instigar na equipe o vínculo e o conhecimento das condutas terapêuticas realizadas pelos serviços de referência em saúde mental. Com a segunda, visamos uma maior clareza na direção ao jeito de olhar para a questão das drogas, tendo em vista a compreensão de que a equipe acredita na necessidade de informações sobre a redução de danos.

Convém destacar que as dificuldades foram apontadas em discussão junto à equipe, a mesma justificou que no momento seria difícil trabalhar as duas propostas, sendo



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

que alguns profissionais se encontravam em férias. Isso impossibilitaria a visita aos serviços, bem como de recebê-los na USF, pois contaria com a participação de poucos profissionais. Acreditaram que este não era o momento ideal. Porém, observamos que a dificuldade apontada ainda era em decorrência ao campo da aproximação, da disposição de sair de si mesmo (Morin, 2000) a fim de implicar-se na criação um vínculo inédito numa relação entre os serviços, sem potência.

Neste contexto, a discussão caminhou no sentido de disparar na equipe uma vontade de conhecer melhor as condutas terapêuticas dos serviços de referência, que são conhecidas por essa, muitas vezes, através da escuta e diálogo com o usuário, ferramenta essencial no trabalho em saúde. Tais condutas estão sendo compreendidas por ela como insuficientes e, ainda, que não conseguem atingir uma proposta terapêutica próxima às necessidades do usuário.

Ao encontro desta noção, a Redução de Danos tomada pela política do cuidado e de ampliação da vida, “é necessariamente uma prática que se opera na contramão de práticas instituídas e ancoradas na ordem dominante” (Lancetti, 2009, p. 80). A abordagem da redução de danos oferece-se como um caminho, e, não como excludente de outros. Ela valoriza a singularidade de cada usuário e traça com ele estratégias que estão voltadas não para a abstinência, como objetivo a ser alcançado, mas para a defesa de sua vida (Brasil, 2003). Implica, ainda, por um lado, ampliar o grau de liberdade com quem está se tratando. E, por outro lado, no estabelecimento de vínculo com os profissionais, que passam a ser co-responsáveis pelos caminhos a serem construídos pela vida daquele usuário e a de outra que a ele se liga e pela que nele se expressa (Brasil, 2003). Assim, a rede se faz de uma construção permanente de cidadania, que implica uma mudança na cultura da atenção aos usuários de álcool e outras drogas (Brasil, 2004).

Frente ao distanciamento dos serviços referidos, como promover encontros potentes, caminhos no cotidiano de trabalho que se entrelacem na vida dos sujeitos e que produzam a afirmação da vida e do cuidado, assim, ancorados na construção de uma direção comum, que crie um impulso, uma potência de envolvimento. E, ainda, que permitam uma rede de apoio, de suporte entre si, onde a diferença profissional e pessoal de cada membro da equipe possibilite vínculos e olhares diferentes sobre o sujeito. Estas diferenças permitem enxergar caminhos para o projeto terapêutico, caminhos que, de maneira isolada, dificilmente seriam encontrados (Brasil, 2004). Com isso, as ações em



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

saúde mental necessitam propor-se a romper com práticas fragmentadas e que geram alienação e desmobilização dos profissionais da saúde, e que tendem a fragilizar o envolvimento dos profissionais de saúde com os usuários.

A proposta sobre o Apoio Matricial em Saúde Mental foi construída diante da importância de pensar casos de saúde mental a partir de uma lógica de compartilhamento e co-responsabilização entre os serviços. Ainda, sinaliza-se a relevância de discutir a forma de fazer a clínica, bem como, intervenções singulares voltadas para os sujeitos, usuários da saúde.

Salienta-se que no município os CAPS até o ano de 2009 desenvolviam com a AB, o dispositivo ‘Saúde Mental na Roda’, metodologia de ação organizada através da Comissão de Saúde Mental, que se constituiu desde maio de 2005, com o objetivo de aproximar a saúde mental da atenção básica, envolvendo todos os Serviços de Saúde municipais e as instituições formadoras (Ramos, 2009).

Sendo assim, quando no momento da discussão sobre a ferramenta de apoio em saúde mental, a equipe fez constante referência a este momento de trabalho em que o dispositivo ‘Saúde Mental na Roda’ era realizado. No entanto, não conseguem definir os motivos que levaram o término deste trabalho, tampouco, porque não tiveram força suficiente para mantê-lo ativo, já que o consideravam estratégico para seus processos de trabalho.

Na intervenção, utilizou-se um texto para embasar as reflexões e as ações no campo de atuação da equipe. Tal texto, ao descrever os diferentes fatores que dificultam organizar o trabalho voltado para o acolhimento e o tratamento do usuário no que diz respeito à saúde mental na atenção básica (a falta de preparo técnico do profissional, e as precárias condições de trabalho), apontam algumas boas práticas em saúde mental nesse contexto: o acolhimento, a avaliação de risco, análise da demanda, intervenções breves na crise, uso racional de medicações. Ainda, que o desenvolvimento destas poderá ser viabilizado através do trabalho do apoio matricial (R. Campos & Gama, 2010).

A equipe, ao se questionar depara-se com um cotidiano que parece não contemplar a saúde mental, no que se refere à organização da demanda, ao planejamento terapêutico, à escuta singular, apesar de valorizada enquanto discurso, ao distanciamento da gestão nas ações de saúde. E, ainda, demonstram que as ações assistenciais, curativas, acabam se sobrepondo no processo de trabalho.



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Parte-se da ideia que o trabalho em saúde e em especial saúde mental exige comprometimento e implicação com a vida das pessoas no contexto em que vivem e se relacionam. Para tanto, sugere-se a incorporação da ideia de apoio matricial e equipe de referência⁹, que objetivam ampliar as possibilidades de realizar-se clínica ampliada e integração dialógica entre distintas especialidades e profissões. E, então, juntos, conhecem os usuários que estão sob o seu cuidado, favorecendo a construção de vínculos terapêuticos e responsabilização das equipes.

A proposta de organizar um protocolo municipal de receitas surge frente aos resultados referentes à pesquisa, bem como com a problematização da equipe, na intervenção, sobre excesso de pessoas que vão à Unidade apenas demandando uma prescrição medicamentosa.

A partir desta demanda, a equipe sugeriu que houvesse o envolvimento da gestão na discussão e construção de uma ação mais ampla e efetiva, pois acredita que tal questão diga de toda a organização da rede municipal. Com a presença da representante técnica da saúde mental do município definiu-se a realização de uma reunião com os psiquiatras da rede de saúde mental, com objetivo de levantar algumas direções com relação às demandas por atendimento psiquiátrico, bem como prescrições de medicamentos e encaminhamento de um fluxo à AB.

Posteriormente, foi realizada uma reunião com os clínicos das Estratégias de Saúde da Família e UBS, para afinar a comunicação e estabelecer a metodologia de um trabalho em conjunto. Este encontro contou com a participação ativa da médica generalista nas discussões, que ao levantar preocupações éticas e de cuidado em saúde, movimentou no grupo questões referentes aos temas: cultura de uso e abuso de medicamento na contemporaneidade e sua relação com o uso de drogas ilícitas, a dificuldade atual de diálogo entre as pessoas, o que possivelmente, segundo a equipe afeta no uso de medicações.

Todavia, a preocupação ética da equipe precisa ser valorizada. Neste sentido, torna-se necessário que a gestão quando na organização das ações em saúde mental mantenha a equipe ativa, integrada na rede de atenção especializada, mas, sobretudo, participativa no

⁹ A equipe ou profissional de referência são aqueles que têm a responsabilidade pela condução de um caso individual, familiar ou comunitário. Objetiva ampliar as possibilidades de construção de vínculo entre profissionais e usuários (G. W. de S. Campos, 2007, p. 400).



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

processo mobilizador de práticas menos medicamentosas em seu território de atuação e promotoras de cuidado singulares.

CONCLUSÃO

O tema álcool e outras drogas tem sido pouco trabalhado na prática dos profissionais em saúde, principalmente na AB. Isso gera o reforço por cuidados centralizados na atenção hospitalar, assim, retorna-se a um processo de reafirmação da psiquiatrização da loucura, agora voltado para a questão do uso abusivo de drogas.

Diante desse contexto, observa-se algumas dificuldades da equipe de AB relativas a uma postura ativa na tomada de iniciativas para o desenvolvimento de estratégias de atenção aos usuários de álcool e outras drogas, que acolham e despertem uma política de cuidado para a vida. Além disso, estratégias que produzam vínculos entre profissionais e usuários, e estabeleçam entre os serviços relações potentes, vivas e comprometidas com a construção de sujeitos sociais autônomos e protagonistas de seus projetos pessoais e coletivos.

Desta forma, impõem-se o desafio da consolidação de uma rede de atenção à saúde mental, capaz de oferecer acolhimento, referências, possibilidades de possibilidades de tratamento e liberdade para os sujeitos (re) inventarem suas vidas, a partir do contexto de vida comunitário em que está implicado (Palombini, 2004). Uma rede de atenção a saúde mental que possibilite criar forças, impulsionando a produção da complementaridade entre a rede básica e os serviços de referência em saúde mental.

Por fim, considera-se que a intervenção desenvolvida, pelas profissionais residentes, possa ter suscitado na equipe de SF reflexões sobre a questão das drogas na direção de um olhar diferenciado no que tange as relações entre profissionais e usuários. Da mesma forma, que os materiais produzidos, ou seja, o fluxograma, o Caderno de Propostas e as reuniões pactuadas com a gestão possam servir de subsídio para futuras intervenções no campo da saúde mental, em especial para esse município. Acredita-se também que fomentar ações na AB por meio de um trabalho multiprofissional, intersetorial, contribuirá na luta por um atendimento integral em saúde mental e de qualidade ao usuário de álcool e outras drogas, reforçando os direitos e a cidadania dos sujeitos envolvidos.



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

REFERÊNCIAS

- BARROS, M. A. de, PILLON, S.C. *Programa Saúde da Família: desafios e potencialidades frente ao uso de drogas*. Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 08, n. 01, p. 144 – 49, 2006. Recuperado 10 de maio, 2012. de <http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_1/revisao_02.htm>.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas*. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST e AIDS. Brasília, 2003.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma éticoestético no fazer em saúde*. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília- DF, 2004. (Série B. Textos básicos em Saúde).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Saúde mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria Nº 2.488 de 28 de outubro de 2011*, Brasília, DF. 2011. Recuperado 15 de maio, 2012. de <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria_2488_21-out-11_politica_atencao.pdf>.
- CAMPOS, G. W. de S; DOMITTI, A. C. (2007). *Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde*. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro. (V. 23, n.2, p. 399-407).
- CAMPOS, R. O; GAMA, C. (2010). *Saúde Mental na Atenção Básica*. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; GUERRERO, Andre Vinicius Pires (org). Manual de Práticas de Atenção Básica: Saúde Ampliada e Compartilhada. (2a ed.) São Paulo: Aderaldo & Rothschild.
- CECIM, R.B. *Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário*. Interface - Comunicação, Saúde, Educação. (V.9, n.16, p.161-77, 2004 set /2005 fev).
- CECCIM, R. B.; FERLA, A. A. (2006). *Linha de cuidado: a imagem da mandala na gestão em rede de práticas cuidadoras para uma outra educação dos profissionais de saúde*. In: PINHEIRO, R. MATTOS, R. A. (Org.). Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde. Rio de Janeiro: IMS, UERJ.



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

- DUARTE, C. E; MORIHISA, R. S. (2010). *Experimentação, uso, abuso e dependência de drogas*. In: Capacitação para Conselheiros e Lideranças Comunitárias. Prevenção ao uso indevido de drogas. (3a ed.) Brasília: Presidência da República. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas – SENAD.
- LANCETI, A. *Clínica Peripatética*. (2009). (4a ed.) São Paulo: Hucitec. p. 77-85.
- LANCETTI, A; AMARANTE, P. (2009). *Saúde Mental e Saúde Coletiva*. In: CAMPOS, G. W de Souza. Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, p. 615-34.
- MERHY, E. H.; AMARAL, H. (Orgs.) (2007). *A reforma psiquiátrica no cotidiano II*. São Paulo: HUCITEC. (Série Saúdeloucura; 22).
- MORIN, E. (2000). *A inteligência da complexidade*. São Paulo: Petrópolis.
- OLIVEIRA, R. G.(Org.) (2009). *Qualificação de gestores do SUS*. Rio de Janeiro: EAD/Ensp.
- PALOMBINI, A. L., e col. (2004) *Acompanhante terapêutico na rede pública: a clínica em movimento*. Porto Alegre: Editora da Ufrgs, p. 23-41.
- RAMOS, Luciane Silva. (2009). *Entre fios e dobras: o tecer da reforma psiquiátrica no município de Santa Maria*. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Santa Maria. Santa Maria, RS, BRASIL.



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

**Da depressão à invenção – o Psicodrama na Saúde e a ruptura com conservas
patologizantes**

Pamela Morin ¹

Oriana H. Hadler ¹

¹ Sociedade Educacional Três de Maio (SETREM)

RESUMO

Este trabalho tem como objetivo principal problematizar práticas psicológicas no campo da Saúde Coletiva, principalmente no que tange o diagnóstico de depressão enquanto marca identitária que constitui modos de ser na sociedade contemporânea. O fio condutor para essa análise parte de experiências vivenciadas junto a um grupo de saúde da mulher composto por, aproximadamente, 26 mulheres diagnosticadas como ‘depressivas’, o qual ocorria semanalmente em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) de um município da região noroeste do Rio Grande do Sul. Foram desenvolvidos dez encontros sob um viés sociopsicodramático, no qual se buscou possibilitar um espaço coletivo de transformação e ruptura com visões patologizantes sobre o conceito de ‘sujeito depressivo’. A filosofia moreniana trabalha com a noção da multiplicidade de papéis, incitando o olhar que dá relevância à saúde e não à patologia, ou seja, sob este enfoque às mulheres participantes do grupo eram propostas à reinvenção dos modos como se colocavam no mundo, a fim de que estas pudessem expressar-se e vivenciar outras possibilidades de existência para além do papel social de mulheres depressivas e dependentes. Nesse sentido, apontamos como principais reflexões a contribuição dos jogos psicodramáticos na construção de um espaço de intervenção que fortaleça o desenvolvimento da espontaneidade das mulheres usuárias de um serviço de saúde, possibilitando o desenvolvimento do resgate da autoestima, o desenvolvimento de novos modos de olhar para suas vidas, a transformação dos papéis que vinham ocupando e, principalmente, o deslocamento de uma identidade antes marcada como patológica e doente. Sob esta ótica, o Sociopsicodrama como proposta de intervenção, vem romper com a dicotomia indivíduo-sociedade, apresentando-se como



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

modo de agir no mundo que traz o enfoque no grupo, acreditando no potencial deste. Esta abordagem coloca-se, assim, como uma ferramenta estratégica ético-política no momento em que busca quebrar com o olhar rígido patologizante e excludente, possibilitando aos sujeitos colocarem-se no lugar do outro. Portanto, este trabalho põe à mesa não conclusões, mas considerações finais enquanto espaços para se continuar a pensar em práticas psicológicas que venham adotar uma postura que busca romper com as conservas assistenciais e salvacionistas que as ciências humanas teimam em carregar.

Palavras-chave: Saúde Coletiva; Depressão; Sociopsicodrama

Introdução: A depressão enquanto marca identitária

Pois a hora escura, talvez a mais escura, em pleno dia, precedeu essa coisa que não quero sequer tentar definir. Em pleno dia era noite, e essa coisa que não quero ainda tentar definir é uma luz tranquila dentro de mim, e a ela chamariam de alegria, alegria mansa.

Clarice Lispector, A Descoberta do Mundo, 1984.

Na sociedade contemporânea, cada vez aumenta mais o número de pessoas categorizadas como ‘depressivas’. Atualmente, conforme dados trazidos por Alencar (2004), aproximadamente 15% da população mundial é atingida pela depressão, ou seja, uma em cada seis pessoas desenvolverá depressão em alguma fase da vida. O mesmo autor revela cálculos que, na sociedade brasileira contemporânea, cerca de 17 milhões de pessoas são diagnosticadas com depressão, sendo que, deste grupo populacional, há maior incidência entre as mulheres. Nesse âmbito, estima-se que 25% das mulheres tenham depressão em algum momento da vida. Inclusive, em reportagem apresentada no Jornal da Tarde (2010), a depressão hoje é considerada a quinta doença de maior impacto global, sendo indicado que em 2020, tal ‘transtorno’ passará a ser a segunda ‘doença’ a nível mundial, abaixo apenas das doenças cardiovasculares.

Porém, este trabalho vem desassossegar a depressão, apontando que, mais do que uma patologia, esta passou a ser considerada um estado de vida, um espaço subjetivo de existência que vem dizer sobre uma identidade dos sujeitos e marcar formas de ser, viver, e ser visto no mundo. Portanto, é necessário que cada vez mais pessoas estejam conhecendo,



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

informando-se e desmistificando este quadro clínico, para que outros olhares sobre indivíduos assim diagnosticados possam ser construídos.

No âmbito da Saúde Coletiva, pensando em um acolhimento a sujeitos diagnosticados com depressão, muitos grupos de apoio vêm sendo desenvolvidos em espaços como Postos de Saúde, Unidades Básicas de Saúde (UBS), Núcleos de atendimento à família, entre outras instituições, as quais acabam tendo suas práticas atravessadas por esse quadro que vem assolando grande parte dos brasileiros, mais especificamente – como nos apontam as pesquisas mencionadas anteriormente – a população feminina.

A partir de experiências vivenciadas com um grupo de mulheres em uma UBS em um município da região noroeste do Rio Grande do Sul, tomamos este espaço para lançar questionamentos e inquietações quanto aos efeitos que determinados rótulos perpetuam na vida dos sujeitos, produzindo modos de ser no mundo e referenciais patológicos sobre si.

Dessa forma, o presente estudo traz considerações sobre a prática psicológica no campo da Saúde Coletiva através de problematizações acerca de um grupo de saúde da mulher, buscando pensar sobre determinadas intervenções, bem como procurando adotar um viés despatologizante em relação à depressão no contexto contemporâneo. Nesse sentido, toma-se o enfoque sociopsicodramático como possibilidade para se pensar em um espaço coletivo de escuta e transformação sobre o ‘sujeito depressivo’, tendo como finalidade o olhar que incita potencializar os aspectos saudáveis das integrantes do grupo de mulheres em questão.

Para fins de esclarecimento frente ao modo como tal trabalho se apresentará, coloca-se que, como primeiros delineamentos serão expostas as articulações entre a Saúde Coletiva e a Psicologia, a fim de dar visibilidade para as condições de possibilidade para as práticas psicológicas inserirem-se nesse campo de intervenção, mais especificamente, tendo profissionais ‘psis’ atuando junto a um grupo de apoio a mulheres com depressão. Em um segundo momento, apresentaremos a questão da Saúde da Mulher e seus movimentos na sociedade contemporânea. Após, apontar-se-ão o referencial teórico que embasou as intervenções aqui reveladas, bem como as ferramentas metodológicas utilizadas nesta prática. Seguindo tal sustentação, será exposto um encontro realizado no grupo de mulheres, sendo este utilizado como marco para análise dos resultados. Para



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

finalizar, serão apresentadas não considerações finais, mas reflexões para continuar a pensar.

Articulações entre a Saúde Coletiva e a Psicologia

O Sistema Único de Saúde (SUS), enquanto política pública de saúde teve sua concepção idealizada a partir da VIII Conferência Nacional de Saúde – CNS, que serviu de embasamento para a indicação de uma reestruturação do sistema sanitário, destacando-se, entre as propostas contidas em seu relatório o entendimento amplo do conceito de saúde, sendo esta resultante das condições de vida da população, acesso e posse da terra, moradia, emprego, alimentação, lazer e transporte, entre outros (Brasil, 2004).

Segundo Luzio (2009), a partir desta conferência as profissões de saúde se integraram à saúde pública e passaram a atuar em instituições, nas quais não havia trabalho em equipe até aquele momento. Com isso houve a inserção da Psicologia enquanto profissão no Brasil, que tem uma história muito recente. Em 1956 foi implantado o curso de formação de psicólogo na Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-RJ) e em 1957 o mesmo foi inaugurado na Universidade de São Paulo (USP). Contudo, a ciência ‘psicologia’ somente passou a existir como profissão em 1962, através da Lei Federal nº 4.119. Uma vez regulamentada, houve a ampliação dos cursos de Psicologia e a elaboração do currículo mínimo, para definir o território profissional e as funções do psicólogo, bem como adotar um código de ética com o objetivo de lançar diretrizes fundamentais para a atuação do profissional ‘psi’.

Com o passar do tempo, a Psicologia, que praticamente atendia somente em instituições ambulatoriais e hospitalares de saúde mental, passa a ganhar espaço nas ações coletivas e, após o movimento da Reforma Psiquiátrica, insere-se assim o trabalho dos psicólogos para além dos muros institucionalizados, em um caminho que leva as práticas psicológicas para, por exemplo, Unidades Básicas de Saúde (UBS). Tal processo somente torna-se possível após a Ditadura Militar, que vem provocar uma crise na noção de saúde no Brasil. Conforme Dhein (2010), no período dos governos militares temos como principal característica a “privatização da saúde”, a consolidação do modelo hospitalocêntrico e medicalizante, onde há uma relação autoritária, mercantilizada e tecnicizada entre médico e paciente, serviços de saúde e população.



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

A mesma autora salienta que, somente no final desse período, o Movimento Sanitário passa a reivindicar um “novo conceito de saúde” onde não só mais a dimensão biológica seja abarcada, como também a dimensão social no processo saúde-doença. Sob essas condições de possibilidade, são propostas diferentes intervenções no campo da saúde, pregadas pela Constituição de 88, que trás o novo conceito de saúde, marcando que essa seria dever do Estado e garantida mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos. Além disso, passam a ser lançados os discursos de acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde.

Sob esses atravessamentos, há uma expansão na atuação do psicólogo, que antes se limitava apenas às instituições de saúde mental. São os parâmetros de uma Clínica Ampliada, que sai dos moldes do consultório privado, passando a ter um olhar coletivo e político sobre o ser humano, implicado em questões da comunidade como um todo. Assim, esses acontecimentos fizeram com que a Psicologia conquistasse um espaço no campo da Saúde, não mais considerada Pública, mas sim, Coletiva. Coletiva, pois, para Scliar (2007), os processos de constituição de subjetividade são compreendidos como uma construção social, onde os sujeitos são atravessados e produzidos por e na relação com tudo que diz respeito à vida.

Nesse contexto da Saúde Coletiva, do psicólogo inserido no SUS, é que o então trabalho passa a ser realizado, dentro de uma UBS, com um grupo de saúde de mulheres ‘com depressão’. Um trabalho que vem repensar, como os próprios movimentos psicológicos na história da noção de saúde revelaram as práticas psicológicas inseridas nesse campo, buscando romper com modos patologizantes e cristalizados sobre os sujeitos.

Saúde da Mulher

Para pensarmos num conceito de saúde, é preciso pensar em questões relacionadas e determinantes a ela, sendo assim, deve-se pensar em qual estrutura social, econômica, política e cultural este conceito está ligado. Para cada indivíduo o conceito é visto pela forma como sua educação cultural entende por saúde, ou seja, a saúde não tem o mesmo sentido para todas as pessoas. Isso quer dizer que, deve-se analisar todo o contexto, a



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

época, o lugar, a classe social e principalmente quais são seus valores individuais, bem como qual a concepção científica que cada ser adota.

De acordo com Aquino, Menezes e Marinho (1995), inúmeros são os conceitos de saúde da mulher. Há os que abordam questões mais biológicas, anatomia do corpo feminino, bem como existem aqueles que dão mais ênfase a outros vieses mais abrangentes como a dimensão dos direitos humanos ligados à cidadania. No que tange às questões biológicas fica como foco a função reprodutiva, a saúde da mulher restrita assim, à saúde materna ou a ausência de doença associada ao processo reprodutor. Já na dimensão dos direitos humanos e cidadania, destaca-se a desigualdade social entre homens e mulheres.

Sob este último aspecto, compreende-se que também as questões de gênero devem ser consideradas como determinantes da saúde, uma vez que são visíveis as questões desiguais de gênero, sendo estas inclusive refletidas nas leis, na política e nas práticas sociais; no caso das mulheres os problemas são agravados pela discriminação nas relações de trabalho e na sobrecarga que as mesmas têm em relação às suas responsabilidades (Giffin, 1991). Salienta-se também, outras variáveis como a questão racial, étnica e situação financeira desigual, causando assim, nas mulheres uma vulnerabilidade social maior em relação aos homens.

Giffin (1991) coloca que desde o início da industrialização o mercado de trabalho conta com participação ativa das mulheres, porém em relação aos homens sua remuneração era baixa, pois suas atividades eram em espaços de pouca qualificação. Nos últimos vinte anos, esse cenário vem mudando, cada vez mais mulheres inserem-se no mercado de trabalho, com alto nível de escolaridade ultrapassando em muitos cargos os homens, mas para aquelas que ainda não tiveram oportunidades de um acesso escolar qualificado em relação aos homens na mesma situação, ainda percebe-se fortes influências socioculturais em que os homens devem ser melhores remunerados.

Nesse contexto a mesma autora ainda traz a questão da violência referente ao gênero, onde o índice de mulheres que sofrem vários tipos de agressão – como assédio sexual, constrangimentos de controle de produção, exames admissionais onde constam os testes de gravidez, bem como o sofrimento mental gerado pelo trabalho profissional conciliado com o trabalho doméstico – coloca-se muito maior do que atos violentos contra homens. Isso mostra uma grande diferença entre homens e mulheres, compreendendo,



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

assim, o quanto a categoria feminina ainda passa, a partir de atravessamentos impostos socialmente, a ser considerada como grupos de seres dóceis e pacientes.

Essas questões que envolvem os sentidos da mulher contemporânea em inserção com o social de forma desigual são apontadas por Gonçalves e Machado (2008), bem como fatos marcantes que acabam se acumulando no decorrer de suas vidas podem desencadear a depressão. Desta forma, acreditamos que qualquer trabalho voltado à saúde da mulher contemporânea, deve ter como alvo de intervenção um olhar abrangente para tais atravessamentos, buscando incitar a ruptura com padrões pré-estabelecidos que vêm embotando os modos de ser mulher no mundo.

A Visão Moreniana e o Sociopsicodrama

Segundo Moreno (1975), existem outros modos de se pensar as práticas psicológicas e o atendimento terapêutico, para este autor tal processo seria o Psicodrama. Sob este referencial, no cenário tudo é presente, o passado é presente e o futuro também é presente, ou seja, para ele existe sempre a perspectiva de um novo mundo, de um momento não vivido no passado, para tanto ele atribui-lhe o lema de que o homem está no que faz e não no que oculta.

O ser humano na visão moreniana é considerado um ser cósmico, cuja genialidade lhe é inata, porém, a partir de coerções morais, sociais e culturais, passivamente a espontaneidade que habita os seres vai se transformando, se tornando embotada. Compreende-se que o fator *e* (espontaneidade) sempre opera no presente e, para fazê-lo fluir novamente, trazendo à tona a potência criadora dos sujeitos, é preciso proporcionar um processo de rematização de experiências passadas no *aqui agora* psicodramático (Fonseca, 1980).

Fazendo uma comparação com a prática vivida no trabalho com o grupo de mulheres em questão, acreditamos que a teoria psicodramática apresentou-se como campo fundamental na terapia grupal, porque como a maioria vive a ‘depressão’, um viés que articule a reinvenção e a reinscrição de novos formatos de ser e agir no mundo, torna-se essencial para o rompimento de determinadas conservas sobre o papel de ‘depressiva’. Nesse sentido, o objetivo principal da proposta apresentada nesse projeto foi incitar o desempenho de novos papéis, para que através do palco psicodramático elas pudessem



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

expressar-se e vivenciarem outras possibilidades de existência para além do casulo que elas ocupam de mulheres depressivas e dependentes.

Como Moreno (1975) destaca, a ação dramática grupal que visa trabalhar aspectos sociais foi nomeada de Sociopsicodrama. Este enfoque nasceu exatamente da necessidade de uma forma especial de Psicodrama, uma intervenção que projetasse seu foco sobre os fatores coletivos. Desta forma, o processo terapêutico passa a ser sociopolítico, deslocando-se do âmbito individual para o grupal. O grupo passa a ser o sujeito e as questões não são únicas, mas compartilhadas entre cada integrante. Assim, cada participante do grupo é considerado agente terapêutico um do outro e aspectos sociohistórico atravessam o espaço grupal e, por sua vez, ao serem transformadas as relações nesse âmbito e o modo como as pessoas lidam com determinadas noções (neste caso a ‘doença depressão’), também estas transformações são ramificadas para o contexto social.

O Sociopsicodrama, assim, busca explorar e tratar tanto de conflitos de ordens culturais distintas, como também potencializar a mudança de costume dos membros de uma cultura a respeito dos membros de outra, isso quer dizer que, conforme Hadler (2012) coloca, o trabalho sociopsicodramático passa a ser um método de intervenção social que objetiva impulsionar a ruptura das visões estereotipadas entre os grupos, bem como os preconceitos existentes entre os sujeitos de outras culturas.

Sobre um Sociopsicodrama da depressão

Sob o referencial sociopsicodramático e tendo em mente um processo de despatologização da depressão, apresentamos nesta seção a metodologia de realização deste trabalho, trazendo o registro de um encontro como recorte de análise para as problematizações aqui suscitadas. De tal modo, importante mencionar que foram realizados dez encontros no total, sendo trabalhados questões pontuais da demanda, doença mental / saúde mental, papéis vistos e ocupados no cotidiano das mulheres, autoestima, cuidados com o corpo, beleza feminina, exercícios físicos, perspectivas para o futuro. Entre outros aspectos. Esses encontros aconteciam quinzenalmente todas as terças-feiras no horário das 13h30minh às 16h30minh, com a participação de, aproximadamente, 26 mulheres usuárias da UBS central do município.



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Dentre estas sessões grupais, para maior aprofundamento das questões aqui suscitadas, trazemos um encontro como disparador para pensar o papel da depressão no cotidiano dessas mulheres. Importante ressaltar que os critérios para escolher determinado encontro referem-se aos seguintes movimentos, primeiramente desenvolvidos por Hadler (2012) e atualizados pelas autoras neste trabalho:

- A. À mobilização da estagiária, diretora iniciante de Psicodrama e primeira autora desde trabalho, ou seja, a marca que determinado dia gravou no decorrer do estágio e caminhada profissional;
- B. Às observações que suscitaram a partir deste dia, ou seja, reflexões e rupturas de noções cristalizadas acerca do conceito ‘depressão’;
- C. À riqueza de detalhes e ações que se desenrolaram no dia, desde a montagem de cenas até o desdobramento no compartilhar, assim sendo o encontro escolhido busca abranger momentos diferentes e mobilizadores do grupo.

Sendo assim, segue abaixo o encontro:

Numa terça feira comum de sol, encontraram-se na UBS central de um município do noroeste do Rio Grande do Sul, o grupo de saúde da mulher. Neste dia seria dirigido pela estagiária do quinto semestre da faculdade de psicologia do local. As mulheres iam chegando, cumprimentando-se e ansiosas perguntavam: “que atividades teremos hoje?”. No horário combinado com o grupo deu-se início o trabalho sociopsicodramático: é pedido para que se levantassem e em círculo caminhassem com os olhos fechados. É-lhes solicitado que pensassem o que elas vieram fazer naquela tarde, o que elas buscavam ali. Com isso ouvem-se algumas demonstrações de que alguma coisa estava sendo mobilizada: percebe-se que algumas lágrimas caíam silenciosas.

A partir disso, lhes é solicitado para que retornassem em um círculo, respirassem fundo, duas vezes. Após, foi lançada a segunda parte da atividade: deveriam retornar a caminhar com os olhos fechados, lhes sendo incitado para que pensassem em uma palavra que descreveria o que elas buscavam, o que desejavam para suas vidas. Depois, em círculo, cada uma deveria expor a palavra que lhes havia surgido.

Após todas exporem suas palavras, lhes foi novamente solicitado para que procurassem se reunir conforme a similaridade das palavras ou com aquelas participantes cujas palavras complementassem as suas. Aos poucos as integrantes foram encontrando-se



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

e dividindo-se em pequenos grupos. Reunidas em grupos, lhes foi colocado que elas utilizassem suas palavras para criar um teatro, uma dramatização em que aparecessem todas as palavras; porém, a cena apresentada teria que revelar as palavras tanto de forma oral, quanto sem voz (teatro mudo), sendo que, neste último momento, que elas deveriam representar com o corpo também. Após 25 minutos, foi montado um cenário, palco e plateia para que, no momento da dramatização, aquelas que fossem protagonizar subissem ao palco enquanto as outras ficariam assistindo como público.

As dramatizações são realizadas com grande mobilização do grupo. Após este momento, é lançada a seguinte pergunta: “qual cena foi mais marcante para cada uma?”.

A cena escolhida foi esta: o grupo que ficou com as palavras saúde, autoestima e amor, representou a autoestima e como esta é importante para que a saúde tenha um espaço para adentrar a vida de cada uma, com um bom humor as relações fortalecidas fazem com que elas se sentissem amadas, protegidas e envolvidas no social como pessoas atuantes com uma profissão, um papel social reconhecido, e assim elas seriam amadas e enxergadas não tendo um espaço para que o desprezo familiar/social entrasse em suas vidas. As integrantes do grupo colocam que suas vidas seriam, assim, movidas por ações ativas e não passivas como as que elas vinham apresentando. No final, as mesmas protagonistas representaram com o corpo a imagem de uma família unida e feliz. A cena termina.

Todos se sentam e abre-se para a etapa de compartilhamento. Apesar de ser colocado que tal momento era para compartilharem sentimentos mobilizados no decorrer do encontro, a maioria das participantes se deteve em explicações sobre seu papel.

Neste sentido, conclui-se que as etapas de uma sessão de Sociopsicodrama foram respeitadas, sendo estas: 1. Aquecimento – momento de se preparar para ação: colocando-se neste encontro desde a chegada das mulheres no grupo, passando pela curiosidade sobre a temática do dia e o movimento de fechar os olhos até imaginar as cenas; 2. Dramatização – a criação do ‘teatro’ nesse caso, ou seja, as cenas criadas; 3. Compartilhar – etapa em que as participantes sentaram-se em círculo ao final do encontro para dividirem sensações experienciadas durante o encontro. Neste último, apesar da maioria das participantes se aterem à explicações dos porquês de protagonizarem de determinadas formas (apresentando preocupação se haviam feito corretamente), neste momento elas já começavam a olharem-se a partir de outros referenciais.



Dos resultados: para além do papel social de ‘depressivas’

Apropriando-se da teoria sociopsicodramática que traz como proposta de intervenção, através de jogos psicodramáticos, a reinvenção e a transformação de papéis estereotipados, foi possível visualizar o quanto as mulheres do grupo de saúde foram exercitando movimentos de libertação da espontaneidade. No decorrer de outros encontros, subsequentes a este narrado aqui, nos quais foram trabalhados aspectos relacionados aos papéis desempenhados pelas mulheres em seu cotidiano – para além de uma identidade ‘depressiva’ – observou-se o quanto houve um processo de resgate da autoestima, bem como o desenvolvimento de novos modos dessas mulheres se olharem, as quais foram desvinculando-se do papel de doente e identificando outros antes desconhecidos e desabitados.

No que tange o processamento deste encontro em si, uma das características dos encontros, revelada principalmente no relato acima, foi a de que os participantes sentiam muita necessidade de explicar suas ações sendo um dos emergentes grupais a dificuldade em lidar com a inexistência de um ‘final feliz’ nas cenas reais de suas vidas. Compreende-se que tal sentimento espelha um vazio contemporâneo, proposto pelos modos de vida capitalistas, através de processos de subjetivação que vem atravessar e incitar ‘finais felizes’ como um objetivo incessante.

Dito de outra forma, atualmente vive-se imbuído de um sentido de realização nos mais variados aspectos e papéis que são desempenhados, no caso das mulheres, sua saúde passa a ser referenciada pela concretização de grandes efetivações em diversos campos – ser uma mulher de sucesso profissional, uma amante excepcional, esposa exemplar, mãe estruturada e modelo para os filhos, etc. Destarte, quando se escapa à linha da normalidade a ser seguida exemplarmente, nomenclaturas são criadas capturando e categorizando àquelas(es) cujas vidas não seguem os modelos socialmente impostos. Assim, esses sujeitos ‘depressivos’ vão sendo tomados como inaptos, cujos potenciais passam a ser pré-determinados e encapsulados.

Para tal, no momento em que as mulheres começaram a lidar com as vicissitudes da vida, protagonizando não ‘finais felizes’, mas diferentes modos de viver com as dores, inerentes a todos os seres humanos, isso significou, à luz da abordagem psicodramática, que elas resgataram a espontaneidade-criadora, conseguindo desenvolver àquilo que



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Moreno (1975) coloca como a potência da espontaneidade, dar respostas novas para situações antigas e/ou provocar outras tantas respostas inovadoras para situações ainda não vivenciadas.

A partir desse referencial, considera-se a depressão, ou o *status* ‘depressivo’, como uma construção que atravessa modos de ser no mundo, cristalizando as formas com as quais as pessoas se relacionam. No caso das mulheres deste grupo, pode-se observar o quanto o diagnóstico constituía-se como uma marca identitária tão potente que as mesmas olhavam-se a partir deste olhar patológico, considerando-se invalidadas para, inclusive, criarem cenas e/ou protagonizarem nas mesmas. No decorrer do encontro, conforme iam se experimentando em vários papéis, as mesmas foram reconhecendo suas potencialidades, através do espaço lúdico do Sociopsicodrama.

Considerações finais

Com este trabalho foi possível apresentar um pouco de que é possível o fazer psicológico, com bases sociopsicodramáticas em espaços públicos, mais especificamente em uma Unidade Básica de Saúde. Mais do que isso, entretanto, foi possível visualizar o quanto o olhar para a saúde e não para a doença ou simplesmente para o diagnóstico, proporcionou experiências de outros papéis, outras realidades, para que assim fossem desnaturalizados espaços cristalizados habitados pela vivência enrijecida e cristalizada em torno da noção acerca da depressão.

Ressaltamos nesse sentido, também a importância que aqui foi dada em relação a uma prática clínica que sai dos modelos cristalizados, buscando um espaço coletivo de transformação que venha a desconstruir determinados estatutos de verdade, colocando o próprio saber ‘psi’, seus diagnósticos e suas práticas em movimento, considerando as condições sociohistóricas que envolvem as noções de doença, além de compreender não somente as singularidades de cada mulher participante do grupo, mas inclusive acreditar no potencial de suas histórias, em seu saber popular, sua cultura, crenças e suas experiências.

Portanto, ao ter em mente uma estratégia interventiva a partir da escuta ativa, ao considerarmos a ação e a co-responsabilidade que nosso olhar pode provocar (os efeitos que determinados discursos podem vir a incitar sobre os sujeitos de nossas práticas profissionais), bem como a flexibilidade de uma visão ampliada das diferentes realidades



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

subjetivas, estamos nos colocando sob uma postura ético-política de desassossego e não fechamento de ideais em nosso campo de atuação. Ou seja, como Clarice Lispector (1984) apresenta na abertura deste trabalho, não estaremos precedendo “essa coisa que não quero sequer tentar definir”, trazendo a “alegria mansa” como palco de in(ter)venção subjetiva que vem atravessar a depressão como algo a ser desdobrado e não perpetuado como verdade incontestável.

Referências

- Alencar, G. M. 2004. No Brasil, 17 milhões de pessoas sofrem de depressão. Na Prática. *Jornal Laboratório do IESB* 25/11/2008. Disponível em <http://www.iesb.br/moduloonline/napratica/?fuseaction=fbx.Materia&CodMateria=4111>. Acesso em 23/04/2012.
- Aquino, E. M.; Menezes, G. M.; Marinho, L. F. (1995). Mulher, Saúde e Trabalho no Brasil: Desafios para um Novo Agir. *Cadernos de Saúde Pública*, 11(2). abr./jun. Rio de Janeiro.
- Brasil. (2004). *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher - Princípios e Diretrizes*. Ministério da Saúde: Brasília.
- Dhein, G. (2010). *PAUSA! Clínica. Clínica política. Clínica ampliada: a produção do sujeito autônomo*. Dissertação de mestrado. PPG Psicologia Social – PUCRS.
- Fonseca, J. (1980). *Psicodrama da Loucura: Correlações entre Buber e Moreno*. São Paulo: Ágora.
- Giffin, K. M. (1991). Mulher e saúde. *Cadernos de Saúde Pública* 7(2), abr/jun. Rio de Janeiro.
- Gonçales, C. A. V.; Machado, A. L. (2008). Vivendo com a depressão: história de vida de mulheres. *Revista da Escola de Enfermagem USP* 42(3), pp. 461-466.
- Hadler, O. H. (2012). *Entre o céu aberto e o cimento cru: reflexões sobre sociopsicodramas temáticos com população em situação de rua*. Monografia – Especialização em Psicodrama. Foco Socioeducacional. IDH: FEBRAP.
- Jornal da Tarde. (2010). Depressão é quinta doença mais comum no Brasil. *Jornal da Tarde*, 31 de março. São Paulo. Disponível de



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

<http://blogs.estadao.com.br/sinapses/depressao-e-quinta-doenca-mais-comum-no-brasil/>

Acesso em 23/04/2012.

Lispector, C. (1984). *A Descoberta do Mundo*. Rio de Janeiro: **Nova Fronteira**.

Luzio, C. A; Paulin, T. (2009). A Psicologia na Saúde Pública: desafios para a atuação e formação profissional. *Revista de Psicologia da UNESP* 8(2).

Moreno, J. L. (1975). *Psicodrama*. São Paulo: Cultrix.

Scliar, M. (2007). História do conceito de saúde. *PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva* 17(1), pp. 29-41. Rio de Janeiro.





III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Da privação de liberdade à liberdade condicional

Jusiene Denise Lauermann ¹

Félix Miguel Nascimento Guazina ²

¹ Universidade Federal de Santa Maria (UFSM)

² Centro Universitário Franciscano (UNIFRA)

RESUMO

Este trabalho tem como propósito apresentar uma das categorias estudadas em um contexto de pesquisa, o qual teve como objetivo principal compreender os discursos dos egressos do sistema prisional sobre a sua condição de ex-encarcerado. Dessa forma, procura-se, aqui, problematizar os discursos dos egressos sobre a sua saída da prisão e como eles têm vivenciado essa experiência de liberdade. O estudo empreendido justifica-se pelo fato de que o vivenciado pelo sujeito na prisão e a experiência de saída dela interferem na construção da sua subjetividade e na maneira como interage socialmente. Como metodologia, adotou-se a abordagem qualitativa, tendo por ferramenta a entrevista semi-estruturada. As entrevistas foram realizadas com cinco egressos do Presídio Regional de Santa Maria/RS e submetidas à análise de discurso. Obteve-se como resultados alguns pontos os quais revelaram-se recorrentes: as dificuldades enfrentadas, o estigma, a exclusão social, a falta de oportunidades e a reincidência. Frente a isso, as possibilidades da Psicologia, nesse contexto, seriam: atuar na construção de políticas públicas voltadas ao apoio ao egresso e intervir nas políticas públicas já existentes, porém fragilizadas.

Palavras-chave: Egressos do Sistema Prisional; Subjetividade; Psicologia.

INTRODUÇÃO

Atualmente, na sociedade brasileira, a violência e a segurança pública constituem-se em campos complexos e constantemente problematizados. Trata-se de dois temas interligados que trazem para a discussão o sistema prisional brasileiro. Segundo Foucault



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

(2007b), cada sociedade, à sua época, privilegiou táticas punitivas diferentes. A nossa, por exemplo, utiliza-se da clausura e possui um caráter penal, por isso, o autor denomina-a “sociedade que enclausura”. A implantação desse enclausuramento, a prisão, devido aos hábitos que impõe, pode provocar que os detentos passem a se dedicar definitivamente à criminalidade. O que ocorre, conforme Foucault (2007b), é que a noção de crime e de punição é tratada, a partir da segunda metade do século XVIII, tendo em vista o interesse da sociedade e a necessidade de protegê-la. Logo, tem-se que, a maneira como o sistema prisional foi se constituindo, também foi produzindo formas de subjetivar¹⁰.

A prisão, com o intuito de proteger a sociedade, ao constituir uma população marginalizada, serve para controlar as irregularidades que não são toleradas integrando e dirigindo os delinquentes às regiões da população que requerem maior vigilância. Com as irregularidades integradas a um único espaço, busca-se, por conseguinte, a transformação dos sujeitos aprisionados. Visando a essa transformação e à classificação dos sujeitos, cabe à prisão e aos seus dispositivos aplicar uma disciplina constante (Foucault, 2007b).

Por meio de técnicas as quais disciplinam o tempo e o espaço, a instituição prisão obtém um maior controle sobre os sujeitos que nela se encontram. Foucault (2007b) pontua que à disciplina importa organizar um espaço analítico, em que se possa estabelecer as presenças e as ausências e encontrar os sujeitos para vigiar, sancionar e medir os seus comportamentos. Aumenta-se a força econômica do corpo e reduz-se a sua força política. Eis o objetivo da disciplina que surge para regular e normalizar os comportamentos e como uma forma discursiva de limitação do discurso.

Nesse contexto de disciplinamento e transformação do sujeito, o sistema penal procurou suporte não só em uma teoria do direito, mas também em um saber sociológico, psicológico e médico. Assim, aparece em cena a Psicologia que, historicamente, assumiu funções de regulação e controle (Foucault, 2007b). Por isso, uma de suas atribuições iniciais, se não a única, no sistema prisional, ser a de realizar o exame criminológico. Esse que tinha por objetivo avaliar as condições do preso quanto à execução de sua pena. E, mesmo com a lei de 2003 que deu nova redação à Lei de Execução Penal (LEP), extinguindo tal exame, ele ainda é solicitado aos psicólogos que, muitas vezes, presos à elaboração de pareceres para esse exame, deixam de prestar uma assistência psicológica

¹⁰ Entendido, aqui, conforme Foucault (2007b) o assinala, considerando que os modos de subjetivação são as práticas de constituição do sujeito.



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

voltada para a emancipação e não para a segregação no sistema penitenciário (Conselho Regional de Psicologia /RJ, 2005).

Frente a essas práticas contribuintes para a classificação, controle e distinção, torna-se relevante refleti-las e problematizá-las, pois será a partir do vivenciado no contexto prisional, que o egresso do sistema prisional retornará à sociedade. Os discursos que ele produz acerca dessa instituição e do que vivenciou, nela, influenciarão sua forma de interagir na sociedade e de se inserir nos diversos contextos sociais. Diante disso, cabe a Psicologia atentar para esse público, visto que a passagem pelo sistema prisional provoca implicações nos modos de produção de subjetividades.

OBJETIVOS

1. Conhecer as percepções dos egressos do sistema prisional sobre a sua condição e como elas incidem na construção da subjetividade desses sujeitos;
2. Investigar as estratégias utilizadas pelos egressos a partir das percepções construídas sobre a sua realidade;
3. Problematicar a prática do psicólogo neste contexto;

METÓDO

A partir de uma abordagem qualitativa, cinco egressos do sistema prisional residentes na cidade de Santa Maria/RS foram entrevistados, tendo-se por foco a sua experiência de saída do Presídio Regional de Santa Maria/RS (PRSM). Fez-se o uso de gravador de áudio com o consentimento dos entrevistados que, ao concordarem em conceder a entrevista, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE. Para VÍCTOR, Knauth & Hassen (2000), o termo de consentimento disponibiliza informações aos pesquisados, os quais, de forma voluntária, autorizam a realização da pesquisa. Ele é um direito dos pesquisados que procura resguardar o respeito às pessoas, garantindo a livre escolha de cada sujeito. Nesse sentido, o anonimato dos entrevistados foi garantido, utilizando-se nomes fictícios.



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Os sujeitos entrevistados tinham entre 26 e 46 anos de idade e todos estavam em liberdade condicional¹¹ há alguns meses (entre dois e nove meses), com exceção de um deles que é considerado liberado definitivo e está em liberdade há cinco anos. Eles permaneceram presos, no total (e não consecutivamente), entre dois anos e seis meses a 13 anos. A maioria deles foi presa mais de uma vez, entre duas a oito vezes. Apenas um dos entrevistados concluiu o Ensino Médio e somente dois possuem emprego fixo com carteira assinada. Todos moram com suas famílias, sendo que dois deles são casados. Foi entrevistada somente uma mulher devido à recusa de outras em participar da pesquisa.

O contato com os sujeitos da pesquisa deu-se por intermédio da SUSEPE (Superintendência dos Serviços Penitenciários) - 2ª Delegacia Penitenciária Regional de Santa Maria/RS, a qual tem acesso à relação dos egressos do PRSM. As entrevistas foram realizadas no primeiro semestre de 2011 em horários e turnos alternados conforme a disponibilidade das pessoas entrevistadas.

O processo de análise dos dados obtidos foi feito através da análise de discurso, a qual visa, segundo Orlandi (2007), a tratar do discurso, ou seja, da palavra em movimento. Por meio dessa análise, “procura-se compreender a língua fazendo sentido, enquanto trabalho simbólico, parte do trabalho social geral, constitutivo do homem e da sua história” (ORLANDI, 2007, p.15). Considerando o homem, na sua história, a análise de discurso tem por interesse o processo de produção dos sentidos e a forma como os sujeitos são afetados pela língua e pela história, significando-os.

Após a transcrição e as várias leituras das entrevistas, foram construídas categorias *a posteriori*, ou seja, a partir do que surgiu nos discursos. Logo, foram organizados fragmentos temáticos similares de todas as entrevistas para, assim, ser possível identificar categorias inerentes ao discurso. Deste modo, entre as categorias identificadas, aqui, será apresentada apenas uma delas, a qual trata da privação de liberdade à liberdade condicional.

Da Privação de Liberdade à Liberdade Condicional

Em instituições totais como a prisão, ou seja, em instituições com tendências de fechamento devido às barreiras e restrições colocadas à relação social com o mundo externo, todos os aspectos da vida são realizados em um mesmo local e sob a mesma

¹¹ A Lei de Execução Penal (LEP), em seu Art. 26, considera egresso o liberado definitivo, bem como o liberado condicional (Conselho Federal de Psicologia, 2008).



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

autoridade. As atividades diárias dos internos são feitas juntamente com outras pessoas, todas tratadas da mesma maneira e obrigadas a fazer as mesmas coisas. Além disso, há um plano racional único, o qual envolve horários, cronogramas, rotinas e uma divisão entre uma equipe dirigente e um grupo controlado (internos). Em relação à equipe, esta geralmente trabalha em um sistema de algumas horas diárias e está integrada ao mundo externo; já os internos vivem na instituição e têm um contato restrito com o mundo externo (Goffman, 1999). Entre os entrevistados, apareceu que o contato com o mundo externo dava-se, para alguns, por meio do trabalho que desempenhavam fora do presídio¹². “*Eu saía pra fora pra trabalhar. Levavam e buscavam a gente. Deixavam a gente na porta do serviço e depois buscavam a gente (...)*” (Maria, 34 anos).

A separação ou o afastamento do interno do mundo externo, em instituições totais, causa uma ruptura na sequência de papéis que o sujeito desempenhava fora da instituição (Goffman, 1999). Encarcerado, o sujeito afasta-se das pessoas com quem convivia e algumas das funções antes exercidas de determinada forma, agora, dentro da instituição, passam a ser executadas de forma diferente da anterior. Como exemplo, tem-se a função parental, a qual poderá continuar sendo exercida dentro da prisão, mas será de forma diferente devido às circunstâncias e à distância física entre pais e filhos. Nesse sentido, todos os entrevistados, com exceção de um deles que não tem filhos, comentaram sobre o fato de terem deixado os filhos “aqui fora”, percebendo que o seu papel de pais e cuidadores havia sido prejudicado por ficarem tanto tempo longe dos filhos.

Ao serem questionados sobre como se sentiram a respeito da saída do presídio, os entrevistados apresentaram respostas similares, assinalando ter sido muito bom e indicando elementos como esquecer o tempo que passaram ali, recomeçar a vida e não voltar mais. No entanto, quatro dos entrevistados também confirmaram a dificuldade em retomar a vida diária devido ao estigma que há em relação aos “presos”. Somente um dos entrevistados mencionou que não foi difícil retomar a vida diária, já que não a retomava. Tal entrevistado registrou que, usar drogas durante toda a noite e pensar em crimes que cometeria no dia seguinte, não era retomar, pois continuava com a mesma vida que tinha dentro do presídio. Dessa forma, verifica-se que a institucionalização interfere nos processos de subjetivação,

¹² Alguns presos do PRSM trabalham em locais que possuem convênio com o PAC (Programa de Aceleração do Crescimento) através da Prefeitura Municipal de Santa Maria/RS.



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

criando sujeitos marcados pelas possibilidades ou precariedades que a instituição prisão lhes oferece.

Sobre o retorno dos presos à sociedade, os psicólogos que participaram da pesquisa realizada pelo Conselho Federal de Psicologia, em 2007, ponderaram que não há muito respaldo por parte da comunidade no processo de retorno do preso ao convívio social. Também não há políticas públicas solidificadas no que se refere à sua reinserção e as que existem são muito frágeis (Conselho Federal de Psicologia, 2009). Assim, pode-se avaliar que dificilmente o egresso do sistema prisional encontra um novo ponto de referência, de modo que a sua referência fica sendo a antiga instituição, a qual lhe atribuiu um lugar marcado pela exclusão social.

Perante às dificuldades em retomar a vida cotidiana fora do presídio, verifica-se ainda que, ao mesmo tempo em que os egressos não tem pretensão de voltar a esse local, a vida, nele, apresentou-se como algo possível em um determinado momento. Isso pode ser atribuído ao fato de que o sujeito habitua-se às normas e aos padrões da instituição em que se encontra, criando ou não estratégias de enfrentamento. Nos relatos, foi possível identificar essa adaptação ao local, assim como a vontade de sair dele:

Eu não tava acreditando que eu ia sair daquele lugar que é bem difícil, porque eu criei, a gente cria assim, porque ali é teu lar né? Tu transforma aquele lugar no teu lar. (...) eu sai assim sem rumo, na hora não acreditei, não tinha explicação, parecia que eu ia volta pra dentro, (...). Eu sai, eu só queria sair de lá da frente. (Maria, 34 anos).

Observa-se que as considerações anteriores vinculam-se ao que Guimarães e cols. (2006: 642) evidenciam sobre o que chamam de anestesia da máquina-prisão, ou seja, da imobilidade frente à “eterna condenação de ficar ou partir da prisão com a prisão”. Por isso, estratégias e táticas são utilizadas pelos presos para lidar com o cotidiano prisional. Segundo Guimarães e cols. (2006: 634), os apenados constroem estratégias que funcionam “como mecanismos para minorar o sofrimento e o estigma que sofrem”. Os mesmos autores sublinham que as estratégias, principalmente as de resistência, desautorizam os mecanismos de controle impostos pela prisão, os quais disciplinam, punem e assujeitam os apenados. São mecanismos que impedem, após o cumprimento da pena, a produção de novas singularidades e o desenvolvimento de projetos de vida que rompam com o território produzido pela prisão.



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Em relação às estratégias utilizadas após a saída do presídio, os discursos estavam acompanhados de considerações sobre “procurar ficar de canto”, “ficar mais em casa”, “esquecer o passado”, “não precisam saber”. Um dos entrevistados relatou que teria que passar a ser mais útil: *“desde o primeiro dia eu procurei ser melhor do que eu era antes. (...) eu tive que trabalha mais, ser mais simpático, mostra que eu era o contrário daquilo que às vezes pensam. Ser mais útil, (...)”* (João, 46 anos). Todas essas estratégias demonstram a preocupação dos entrevistados frente a sua exposição por terem uma pré-noção do que os outros poderão falar a seu respeito. Segundo Foucault (2007a), o sujeito estabelece uma relação consigo a partir dos discursos culturalmente construídos e atribuídos os quais funcionam e circulam como se enunciassem uma verdade sobre o sujeito.

Visto que as estratégias adotadas pelos entrevistados evidenciam as dificuldades que eles sentem para se inserir em diversos contextos sociais, destaca-se, aqui, o contexto empregatício/trabalhista diversas vezes trazido por eles. Pedro (34 anos) afirmou: *“eu peguei umas cem ficha de trabalho, chegava nos locais: ah bons antecedentes, bah não tem”*. Diante disso, tem-se que a perspectiva de reintegração através de mecanismos legais acaba por ser ineficiente. Na verdade, para esses sujeitos, como apontam Tavares & Menandro (2004: 90), constitui-se em algo praticamente inatingível a ideia de uma “vida em sociedade com oportunidades reais, com possibilidades não degradantes de trabalho, com cidadania respeitada”.

Parece que, ao sair da prisão, mas continuar sob uma vigilância constante e opressiva devido à aquisição da qualidade de “ex-presidiário”, a reincidência segue a direção do quase inevitável. Retornar a uma sociedade despreparada para recebê-los, a qual se utiliza das mesmas técnicas disciplinares que a prisão e que, por meio de registros e classificações, pode identificar, localizar, diferenciar e rotular, as perspectivas levantadas por esses sujeitos de poder construir um projeto de vida longe da prisão dificilmente pode ser vivenciada por eles.

CONCLUSÕES

Com a crescente sensação de insegurança que resulta, por um lado, do aumento nas taxas de criminalidade e, por outro, na “transformação da violência em um espetáculo rentável por boa parte da mídia nacional” (Conselho Federal de Psicologia, 2008: 19), as



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

taxas de encarceramento têm aumentado massivamente. Como consequência, há um maior número de sujeitos que retornam à sociedade marcados pela vivência dentro da prisão.

Tendo em vista que o trabalho, aqui, empreendido, teve por objetivo problematizar a realidade vivida pelos egressos do sistema prisional, através do resgate dos seus discursos que, conforme visto, são socialmente marginalizados, foi possível discutir sobre a sua saída do sistema prisional. Os seus discursos revelaram que a perspectiva de vida vislumbrada por eles passa pelo estigma que os diferencia. Em conformidade com Tavares & Menandro (2004), a instituição prisional, funcionando como um mecanismo de marginalização e reprodução da delinquência, dificulta a inserção dos egressos no mercado de trabalho e na vida social em geral. Com o estigma de criminosos, aumentam-se as chances desses sujeitos tornarem-se alvo de uma vigilância discriminatória, verificando-se, portanto, um aprisionamento que não acaba mesmo com o cumprimento da pena.

As dificuldades que os entrevistados assinalaram vivenciar, diariamente, denunciam o quanto o sistema prisional é falho quando se propõe a uma ressocialização. Sem credibilidade social, os egressos são tratados a partir de único aspecto: “ex-presidiário”. Desse modo, ressalta-se que compete à Psicologia dar visibilidade a esses sujeitos como um todo e não somente como “o ex-presidiário”, como se esse fosse o único atravessamento em sua vida. E mais, cabe-lhe pensar e promover a capacitação dos reclusos do sistema prisional para que, ao cumprirem suas penas, possam ter condições de retorno à sociedade com alguma perspectiva de vida.

Assim considerado, o desafio da Psicologia consiste em ampliar modos de intervenções junto a esses sujeitos que sejam condizentes com as suas necessidades, além de contribuir para a transformação da instituição prisão em um local de produção de novas relações. Compete-lhe, portanto, contribuir na construção de políticas públicas voltadas ao apoio aos egressos do sistema prisional e à desmistificação do rótulo de “perigoso” que os circunda, o que constitui-se em um meio tanto de facilitar a reinserção social deles quanto de reduzir os indicadores de reincidência.



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

REFERÊNCIAS

- Conselho Federal de Psicologia (2009). *A prática profissional dos (as) psicólogos no sistema prisional*. Brasília: CFP. Acessado em 22 de setembro de 2010, de http://crepop.pol.org.br/novo/wp-content/uploads/2010/11/livro_sistemaprisional.pdf.
- _____. (2008). *Falando sério sobre prisões, prevenção e segurança pública. Proposta do Conselho Federal de Psicologia para o enfrentamento da crise do sistema prisional*. Brasília: CFP. Acessado em 14 de março de 2011, de http://www.pol.org.br/pol/export/sites/default/pol/publicacoes/publicacoesDocumento/s/cartilha_falando_serio.pdf.
- Conselho Regional de Psicologia do Rio de Janeiro (2005, dezembro de). *Psicólogos no Sistema Prisional*. *Jornal do Conselho Regional de Psicologia – CRP/RJ*, Acessado em 22 de setembro de 2010, de <http://www.crpri.org.br/publicacoes/jornal/jornal08-sistema-prisional.pdf>.
- Foucault, Michel (2007a). *A ordem do discurso*. 15 ed. São Paulo: Loyola.
- _____. (2007b). *Vigiar e Punir: nascimento da prisão*. 33 ed. Petrópolis: Vozes.
- Goffman, Erving (1999). *Manicômios, Prisões e Conventos*. São Paulo: Perspectiva.
- Guimarães, Cristian F.; Meneghel, Stela N. & Oliveira, Carmen S. de (2006). Subjetividade e Estratégias de Resistência na Prisão. *Psicologia Ciência e Profissão*, 4, artigo 26. Acessado em 18 de novembro de 2010, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932006000400010&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt.
- Orlandi, Eni P. (2007). *Análise de discurso: princípios e procedimentos*. 7 ed. Campinas, SP: Pontes.
- Tavares, Gilead M. & Menandro, Paulo R. M (2004). Atestado de Exclusão com Firma Reconhecida: o sofrimento do presidiário brasileiro. *Psicologia Ciência e Profissão*, 2, artigo 24. Acessado em 18 de março de 2011, de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/pcp/v24n2/v24n2a10.pdf>.
- Víctora, Ceres G.; Knauth, Daniela R.; Hassen, Maria de N. A. (2000). *Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema*. Porto Alegre: Tomo Editorial.



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Eficácia adaptativa de adolescentes universitários da área de saúde

Alessandro Tadeu Garcia ¹

¹ Universidade Metodista de São Paulo (UMESP)

RESUMO

O presente trabalho teve como objetivo avaliar a eficácia adaptativa de adolescentes estudantes universitários da área de saúde. Para tanto, foi aplicado o Questionário Diagnóstico Adaptativo Operacionalizado em 144 alunos ingressantes de uma universidade particular da região do grande ABC, com idades de 17 a 21 anos, de ambos os gêneros e períodos, sendo 115 do gênero feminino e 29 do masculino e 85 do período matutino e 59 do noturno. Os resultados mostraram que não existe diferença estatisticamente significativa na qualidade da adaptação ao considerar-se as variáveis setor da adaptação, gênero e curso, com exceção da variável gênero no setor Sócio-Cultural, no qual foi evidenciado que as mulheres estão significativamente mais adequadas que os rapazes. Os dados revelaram que 100 participantes (69,4%) obtiveram 3 pontos, e tiveram como classificação diagnóstica Adaptação Ineficaz Moderada (Grupo 3), 27 (18,8%) obtiveram 4 pontos e foram classificados com Adaptação Ineficaz Leve (Grupo 2), 17 (11,8%) obtiveram 5 pontos e foram classificados com Adaptação Eficaz (Grupo 1). Ao revelar correlações significativas e positivas, esta pesquisa comprovou a afirmação de Simon (2005) de que os setores adaptativos interagem.

Palavras-chaves: Adolescência; Eficácia adaptativa; QDAO; Universitários da área de saúde.

INTRODUÇÃO

Considera-se de suma importância que o estudante universitário desfrute de uma boa saúde mental. Assim, os resultados deste trabalho poderão auxiliar para determinar



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

propostas de saúde para esta população visando a promoção de saúde, prevenção e tratamento de distúrbios psicológicos em adolescentes universitários da área da saúde.

Teoria da Adaptação e Eficácia Adaptativa

Simon (1989) define adaptação “[...] como conjunto de respostas de um organismo vivo, em vários momentos, a situações que o modificam, permitindo manutenção de sua organização (por mínima que seja) compatível com a vida” (p. 14). Ou seja, todo organismo vivo está de alguma forma adaptado, sendo que o organismo não adaptado está morto (SIMON, 1989, 1996, 2005, 2010).

A totalidade da adaptação humana abrange quatro setores (SIMON, 1989, 1996, 2005): **Afetivo-Relacional (A-R)** – conjunto dos sentimentos, atitudes e ações do sujeito em relação a si e ao semelhante; **Produtividade (Pr)** – conjunto dos sentimentos, atitudes e ações do sujeito relacionada ao trabalho, estudo, ou qualquer atividade produtiva, seja de natureza artística, filosófica ou religiosa, considerada como atividade principal no período considerado; **Sociocultural (S-C)** – conjunto dos sentimentos, atitudes e ações do sujeito relativos à sociedade, recursos comunitários, pressões sociais e aos valores e costumes da cultura ou ambiente que vive; e **Orgânico (Or)** – compreende o estado e funcionamento da totalidade do organismo do sujeito, bem como seus sentimentos, atitudes e ações em relação ao corpo. Esses setores como ressalta Simon (2005), não são estanques, pelo contrário, interagem.

Os modos de adaptação estruturam-se em um arranjo eficaz ou ineficaz de respostas (SIMON, 2005). Simon avalia a adaptação “[...] segundo a adequação do conjunto de respostas que o sujeito apresenta para satisfação de suas necessidades” (1989, p. 16). “Estas soluções são aferidas segundo três critérios: 1º) se realmente resolvem o problema [...]; 2º) se as soluções trazem satisfação, gratificação e prazer; e 3º) se essas soluções estão relativamente isentas de conflitos intrapsíquicos ou com o ambiente” (SIMON, 2005, p. 24).

Segundo Simon (1989, 1996, 2005, 2010), há três tipos de respostas: **resposta adequada** – é aquela que atende aos três critérios mencionados acima (resolve o problema, gratifica e não gera conflitos); **resposta pouco adequada** – atende dois destes critérios (resolve o problema, não gratifica e não gera conflitos; ou resolve o problema, gratifica e



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

gera conflitos); e **resposta pouquíssimo adequada** – apenas resolve o problema, não gratificando e gerando conflitos. Ou seja, quando o indivíduo resolve seu problema, satisfaz seu ego; se esta solução gratifica, atende ao id; e se esta solução não gerar conflitos intrapsíquicos, satisfaz o superego (SIMON, 2010). Segundo Simon (2005) a resposta adequada é uma solução construtiva e dá origem a sentimentos de segurança e equilíbrio, enquanto a resposta pouco adequada ou traz insegurança e tensão, mesmo gratificando, ou dá menos insegurança, mas é frustradora e paralisante, e por fim, a resposta pouquíssimo adequada é uma solução paralisante ou involutiva, frustrante e origina sentimentos de insegurança e tensão.

Para qualificar a adaptação, Simon (1989, 1996, 2005, 2010) propõe, além da teoria, uma escala para avaliar a eficácia adaptativa. Para diagnosticar a eficácia da adaptação, Simon (2005, 2010) criou o Sistema Diagnóstico Adaptativo Operacionalizado (SISDAO), por meio do uso da Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada (EDAO).

A partir da EDAO pode-se classificar a adaptação da pessoa em um dos cinco grupos: Grupo 1 (Adaptação Eficaz); Grupo 2 (Adaptação Ineficaz Leve); Grupo 3 (Adaptação Ineficaz Moderada); Grupo 4 (Adaptação Ineficaz Severa); e Grupo 5 (Adaptação Ineficaz Grave) (SIMON, 2005; 2010). Simon (2005, 2010) ressaltava também a descrição clínica de pacientes em cada um destes grupos adaptativos. Segundo esse autor, sujeitos diagnosticados com Adaptação Eficaz têm como descrição clínica personalidade “normal” e raros sintomas neuróticos ou caracterológicos; sujeitos diagnosticados com Adaptação Ineficaz Leve apresentam sintomas neuróticos brandos, ligeiros traços caracterológicos e algumas inibições; sujeitos diagnosticados com Adaptação Ineficaz Moderada apresentam alguns sintomas neuróticos, inibição moderada e alguns traços caracterológicos; sujeitos diagnosticados com Adaptação Ineficaz Severa apresentam sintomas neuróticos mais limitadores, inibições restritivas, rigidez de traços caracterológicos; e sujeitos diagnosticados com sujeitos diagnosticados com Adaptação Ineficaz Grave possuem neuroses incapacitantes, são *borderlines*, psicóticos não agudos e têm extrema rigidez caracterológica. Cabe ressaltar que, segundo Simon (2005), a qualidade da adaptação de sujeitos diagnosticados no Grupo 3 é imprevisível em termos de melhora ou piora. Eles tanto podem subir quanto descer de grupo adaptativo.

Adolescência



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) considera o período da adolescência dos 12 aos 18 anos de idade. Blos (1962) divide a adolescência em pré-adolescência, adolescência inicial, adolescência propriamente dita, final da adolescência e pós-adolescência. Pfromm Netto (1971), por sua vez, diz que a adolescência estende-se dos 10-12 anos aos 20-21 anos e Hurlock (1973) a subdivide em pré-adolescência (dos 10 aos 12 anos), adolescência inicial (dos 13 aos 16 anos) e adolescência final (dos 17 aos 18 anos). Essa mesma autora aponta também que a adolescência das moças, em média, inicia-se aos 13 anos e termina aos 18 anos, enquanto a dos rapazes inicia-se aos 14 e termina aos 18 anos. Bee (1997), por sua vez, pensa na adolescência como o período que se situa, psicológica e culturalmente, entre a meninice e a vida adulta, ao invés de estabelecer uma faixa etária específica.

Knobel (1970b, 1978b) define adolescência como uma etapa da vida, ou fase evolutiva, durante a qual o indivíduo tenta estabelecer sua identidade adulta. O adolescente consegue estabelecer essa identidade apoiando-se nas relações dos objetos parentais internalizados nos primeiros anos de vida e verificando constantemente a realidade ou ambiente que o meio social lhe oferece e onde vive nestes momentos de sua vida, conseguindo isto mediante o uso dos elementos biofísicos em desenvolvimento à sua disposição e que por sua vez tendem à estabilidade da personalidade num plano genital, o que só é possível quando consegue o luto pela identidade infantil (KNOBEL, 1970b, 1978b). Erikson (1968), por sua vez, ressalta que a alienação própria da adolescência é a confusão de identidade.

Segundo Aberastury (1970, 1978), a adolescência é um momento crucial na vida do homem e constitui a etapa decisiva de um processo de desprendimento. Essa mesma autora afirma também que “este processo atravessa três momentos fundamentais: o primeiro é o nascimento, o segundo surge ao final do primeiro ano [...]; o terceiro momento aparece na adolescência” (1978, p. 15). Ou seja, “entrar no mundo adulto – desejado e temido – significa para o adolescente a perda de sua condição de criança” (ABERASTURY, 1970, p. 13). Nessa etapa do desenvolvimento, segundo Aberastury (1970, 1978), o adolescente deve elaborar três lutos: pelo corpo de criança, pela identidade infantil e pela relação com os pais da infância. Knobel (1970a, 1978b) acrescenta o luto pela bissexualidade infantil e Kalina (1979) soma ainda o luto pelo renascimento e o luto pela exogamia. Segundo



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Aberastury; Dornbusch; Goldstein; Knobel; Rosenthal; Salas (1970, p.65), “a elaboração do luto conduz à aceitação do papel que a puberdade lhe destina. Durante o trabalho de luto surgem defesas cuja finalidade é negar a perda da infância”.

Em contrapartida, segundo Aberastury (1970), os pais também vivem os lutos pelos filhos, necessitando elaborar os lutos pelo corpo do filho pequeno, pela sua identidade de criança e pela sua relação de dependência infantil. Ou seja, ainda segundo Aberastury (1978), os pais devem desprender-se do filho criança e elaborar uma relação com o filho adulto. Perdendo o corpo de seu filho criança, os pais enfrentam a aceitação do envelhecimento e da morte e, abandonando a imagem idealizada criada por seus filhos, não serão mais percebidos como líderes ou ídolos, devendo aceitar uma relação cheia de ambivalências e críticas (ABERASTURY, 1970, 1978). As dificuldades do adulto em aceitar a maturação intelectual e sexual da criança o levam a qualificar a adolescência como uma etapa extremamente difícil, esquecendo-se que esta etapa é difícil tanto para os filhos quanto para os pais (ABERASTURY, 1978).

Knobel (1970b, 1978b) destaca também a síndrome da adolescência normal. Esse autor define essa síndrome como tendo as seguintes características sintomatológicas: 1) uma busca da identidade e de um si mesmo claramente definidos; 2) uma marcada tendência grupal; 3) a necessidade de fantasiar ativamente e de recorrer quase constantemente ao mecanismo de intelectualização, o qual seria uma forma específica do processo de pensamento nessa idade da vida; 4) crises religiosas nas quais podem-se observar indivíduos que podem passar do ateísmo mais absoluto até o misticismo religioso mais severo; 5) deslocamento temporal com episódios de franca atemporalidade; 6) uma evolução sexual manifesta, que vai do autoerotismo até a heterossexualidade genital adulta; 7) uma atitude social reivindicatória com tendências anti ou associas de diversas intensidades; 8) contradições sucessivas em todos os aspectos da conduta, que por sua vez estão guiadas por uma tendência à ação a qual costuma substituir formas mais evoluídas de pensamento; 9) uma luta constante por uma separação progressiva dos pais; e 10) flutuações constantes de humor e estado de ânimo.

Em relação aos adolescentes estudantes universitários, Yamamoto (1997), relatando sua experiência como supervisora do Serviço de Prevenção da Adaptação Ineficaz (Sepai), constatou que os alunos do primeiro ano eram os que mais procuravam este serviço. A autora supracitada pondera que o início do curso de nível superior pode representar



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

mudanças significativas no universo pessoal dos estudantes, pois existe, além da responsabilidade pela escolha profissional, a perda afetiva decorrente do afastamento dos colegas do ensino médio e a necessidade de se adequarem ao ambiente universitário, tanto em termos de método de estudo quanto em termos de relacionamento com colegas e professores. E complementa que tudo isso coincide ainda com a fase da adolescência, que por si só é uma fase da vida repleta de incertezas e conflitos existenciais, favorecendo o surgimento de dificuldades adaptativas ou exacerbação das dificuldades já existentes, aumentando assim o risco de eclodir crises adaptativas. Dessa forma, a adoção de medidas específicas de intervenção durante o período de crise, propostas pela teoria da adaptação, mostra-se urgente, a fim de que estas crises sejam solucionadas de maneira a contribuírem para o fortalecimento da eficácia adaptativa desses estudantes (YAMAMOTO, 1997).

Pesquisas apontam o prejuízo da adaptação do estudante universitário brasileiro (GIOVANETTI; SANT'ANNA, 2005; TEIXEIRA, 2008). Das sete participantes do estudo de Giovanetti e Sant'Anna (2005), com idades de 20 a 23 anos, todas estavam em crise adaptativa, sendo três avaliadas como em adaptação ineficaz severa, três como em adaptação ineficaz moderada e uma com adaptação eficaz. Os resultados da pesquisa de Teixeira (2008) apontaram que, dos seis entrevistados, três foram diagnosticados com adaptação ineficaz severa, dois com adaptação ineficaz moderada e um com adaptação ineficaz leve. Segundo Blos (1962), “o comportamento nessa idade é um fenômeno complexo, que depende tanto dos acontecimentos que marcaram a vida do indivíduo como do ambiente no qual o adolescente cresce” (p. 16).

Segundo Heleno; Vizzotto; Bonfim (2007), a avaliação adaptativa do sujeito permite ao psicólogo elaborar estratégias de intervenção tanto nos níveis curativos, preventivos quanto nos promotores de saúde. Diante disto, este trabalho teve como objetivos: avaliar a eficácia adaptativa de adolescentes estudantes universitários da área de saúde.

MÉTODO

Participantes

Participaram deste estudo 144 alunos ingressantes de uma universidade particular da região do grande ABC, de ambos os gêneros, sendo 115 do gênero feminino e 29 do

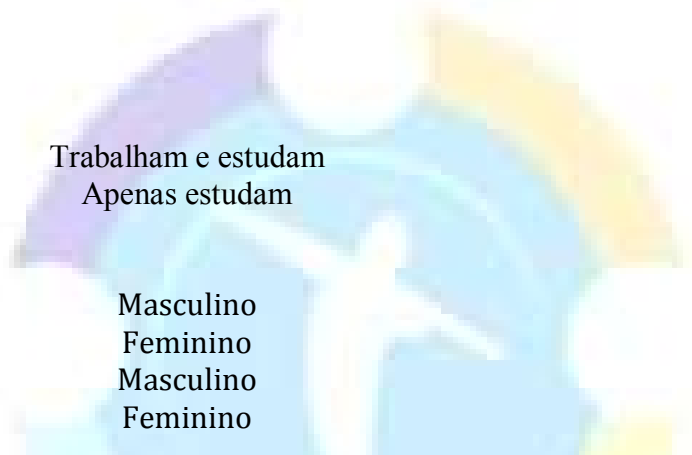


**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

masculino, dos períodos matutino e noturno, sendo 85 do período matutino e 59 do noturno, de 17 a 20 anos de idade. Esta faixa etária foi considerada seguindo dois critérios. O da idade mínima foi adotado por considerar que os instrumentos foram padronizados para sujeitos a partir de 17 anos. E o da idade máxima conforme as concepções de Pfromm Netto (1971), descrito anteriormente. Desse modo, investigou-se alunos de quatro cursos da área da saúde, os quais foram Biomedicina, Ciências Biológicas, Medicina Veterinária e Psicologia. A Tabela 1 apresenta a caracterização dos participantes desta pesquisa.

Tabela 1. Caracterização dos participantes (n=144)

														
		Trabalham e estudam				Apenas estudam				Total				
Curso	Turno	Masculino		Feminino		Masculino		Feminino						
		f	%	f	%	f	%	f	%	f	%			
Biomedicina	Matutino	-	-	01	04	0,7	02	1,4	19	07	13,3	22	13	15,4
	Noturno	02	1,4			2,8	-	-			4,9			9,1
Ciências Biológicas	Noturno	01	0,7	04	2,8		06	4,2	-	-		11		7,7
Medicina Veterinária	Matutino	01	0,7	04	2,8		06	4,2	20	14		31		21,7
Psicologia	Matutino	01	0,7	04	17	2,8	03	2,1	24	11	16,8	32	35	22,4
	Noturno	07	4,9			11,9	-	-			7,7			24,5
Total		12	8,4	34	23,8		17	11,9	81	56,7		144		100

Local

Os questionários foram aplicados em salas de aula de uma universidade particular da região do Grande ABC.

Instrumento



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Foi utilizado o Questionário Diagnóstico Adaptativo Operacionalizado (QDAO), elaborado por Gandini (1996), que tem como objetivo dar indícios da qualidade da adaptação para auxiliar na prevenção de distúrbios mentais.

Procedimentos

Primeiramente foi solicitada uma carta de autorização à direção da faculdade para ser realizada a presente pesquisa. Obtida essa autorização, os alunos foram convidados em sala de aula a fazerem parte da pesquisa, onde foi explicado os objetivos da investigação. Os que aceitaram, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e aplicado o QDAO.

Aspectos éticos

Este trabalho parece não oferecer riscos *a priori* aos participantes, mas pode haver o desconforto de falar de sua intimidade. Neste caso o aluno poderá desistir da participação na pesquisa. Como benefícios, os participantes receberão a devolutiva de seu diagnóstico adaptativo e, caso haja necessidade, serão encaminhados para tratamento adequado na clínica-escola da universidade. O presente trabalho foi aprovado pelo comitê de ética da Universidade Metodista de São Paulo (FR nº FR384761).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Este trabalho teve como objetivos avaliar a eficácia adaptativa de adolescentes estudantes universitários da área de saúde. A tabela a seguir apresenta a frequência e a porcentagem de participantes na adequação de respostas nos quatro setores adaptativos.

Tabela 2. Frequência e porcentagem de participantes na adequação de respostas (n=144)

Resposta	Setor A-R		Setor Pr		Setor S-C		Setor Or	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Adequada	30	20,8	31	21,5	46	31,9	77	53,5



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Pouco adequada	114	79,2	113	78,5	97	67,4	67	46,5
Pouquíssima adequada	-	-	-	-	01	0,7	-	-
Total	144	100	144	100	144	100	144	100

Como a tabela acima mostra, a grande maioria dos adolescentes universitários desta amostra possui resposta pouco adequada nos setores A-R, Pr e S-C. A resposta pouco adequada pode ser emitida por meio de dois arranjos (SIMON, 1989, 1996, 2005, 2010): resolve o problema, não gratifica e não gera conflitos, ou seja, respectivamente satisfaz o ego, não satisfaz o id e satisfaz o superego; ou resolve o problema, gratifica e gera conflitos, satisfazendo o ego e o id, mas não o superego. A resposta pouco adequada ou traz insegurança e tensão, mesmo gratificando, ou dá menos insegurança, mas é frustradora e paralisante, e é propiciada pela instabilidade das pulsões de vida e pulsões de morte, variando o predomínio de uma sobre a outra (SIMON, 2005). Observa-se que o setor mais prejudicado é o A-R, seguido pelo Pr, justamente os dois mais importantes da totalidade da adaptação humana, conforme Simon (2005). E o setor que os adolescentes ingressantes estão melhores é o setor Or, único setor com maioria de respostas adequadas.

A partir desta adequação de respostas, tem-se o grupo adaptativo dos participantes. A Tabela 3 apresenta a frequência, a porcentagem, a pontuação e a classificação diagnóstica dos participantes em seus respectivos grupos adaptativos.

Tabela 3. Classificação diagnóstica dos participantes nos grupos adaptativos (n=144)

Grupo	Classificação Diagnóstica	f	%
1	Adaptação Eficaz	17	11,8
2	Adaptação Ineficaz Leve	27	18,8
3	Adaptação Ineficaz Moderada	100	69,4
Total		144	100



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Como mostra a Tabela 3, a maioria dos adolescentes primeiranistas que participaram da presente pesquisa estão no Grupo 3, ou seja, Adaptação Ineficaz Moderada. Esses sujeitos, segundo Simon (2005, 2010) apresentam alguns sintomas neuróticos, inibição moderada e alguns traços caracterológicos. Uma outra característica de indivíduos com este diagnóstico é que sua adaptação tanto pode melhorar, subindo assim de grupo adaptativo, quanto pode ser prejudicada, caindo dessa forma para o Grupo 4 ou para o Grupo 5 (SIMON, 2005). Em segundo lugar, observa-se nesta tabela adolescentes com Adaptação Ineficaz Leve. Segundo Simon (2005, 2010) a descrição clínica de sujeitos no Grupo 2 é apresentar sintomas neuróticos brandos, ligeiros traços caracterológicos e algumas inibições. E com menos frequência estão os adolescentes com Adaptação Eficaz, os quais, segundo Simon (2005, 2010) têm personalidade “normal” e raros sintomas neuróticos ou caracterológicos. Somando-se isso às teorias da psicanálise do adolescente, pensa-se também que estes 17 adolescentes tiveram (ou estão tendo) uma boa elaboração dos lutos pelo corpo de criança, pela identidade infantil, pela relação com os pais da infância (ABERASTURY, 1970, 1978), pela bissexualidade infantil (KNOBEL, 1970a, 1978b), pelo renascimento e pela exogamia (KALINA, 1979), aceitando dessa forma, como aponta Aberastury *et al.* (1970), seus papéis de adolescentes. Pode-se supor também que os pais destes 17 adolescentes também tiveram uma boa elaboração dos lutos pelo corpo do filho pequeno, pela sua identidade de criança e pela sua relação de dependência infantil (ABERASTURY, 1970), desprendendo-se do filho criança e estabelecendo uma relação com o filho adulto (ABERASTURY, 1978).

Um indicador positivo no que diz respeito à saúde mental do aluno universitário foi que nenhum participante apresentou indícios de Adaptação Ineficaz Severa (Grupo 4) ou Grave (Grupo 5), apontando que esses estudantes não têm fixações na posição esquizo-paranoide ou na depressiva (SIMON, 2005). Desse modo, os dados mencionados não corroboram os resultados encontrados por Giovanetti e Sant’anna (2005) e Teixeira (2008). Mas atenta-se para o alto índice de estudantes no Grupo 2 e no Grupo 3. No total 88,2% apresentaram indicativos de ineficácia adaptativa. Para corroborar estes dados, cabe trazer Yamamoto (1997) à discussão, a qual ressalta que o início do curso de graduação talvez represente mudanças significativas no universo pessoal dos estudantes, pois se observa agora a responsabilidade pela escolha profissional, a perda afetiva decorrente do afastamento dos colegas do ensino médio e a necessidade de se adequar ao ambiente



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

universitário, tanto no que diz respeito ao método de estudo quanto ao relacionamento com colegas e professores, além de coincidir com a fase da adolescência, uma fase repleta de incertezas e conflitos, o que favorece o surgimento de dificuldades adaptativas (ou a exacerbação das já existentes), aumentando o risco de surgirem crises adaptativas.

Para as análises estatísticas, primeiramente, foi utilizado o teste de normalidade Shapiro-Wilk para identificar quais testes seriam utilizados. Como este teste revelou que os dados não estavam distribuídos normalmente, foram utilizados os testes não paramétricos Mann-Whitney e Kruskal-Wallis para comparar as medianas dos grupos, uma vez que a comparação de médias apenas são autorizadas por testes paramétricos.

O teste não paramétrico Mann-Whitney foi aplicado para comparar as medianas dos grupos divididos por trabalhadores e não trabalhadores, gênero e turno nos quatro setores adaptativos – A-R, Pr, Or e S-C (SIMON, 1989; 1996; 2005; 2010) – e o teste não paramétrico Kruskal-Wallis para comparar as medianas dos grupos divididos por curso nestes mesmos setores. Foram utilizados testes diferentes porque o primeiro compara medianas de apenas dois grupos, enquanto o segundo permite a comparação das medianas de mais de dois grupos.

Tabela 4. Medianas, médias e desvios padrão dos grupos divididos por curso nos quatro setores adaptativos comparadas pelo teste não paramétrico Kruskal-Wallis (n=144)

		f	%	Mediana	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão	p
Setor A-R	Biomedicina	35	24,5	3,41	2,69	4,00	3,47	0,28	0,152
	Ciências Biológicas	11	7,7	3,53	3,17	4,05	3,50	0,27	
	Medicina Veterinária	31	21,7	3,25	2,89	4,12	3,32	0,28	
	Psicologia	67	46,1	3,41	2,50	4,19	3,42	0,34	
Setor Pr	Biomedicina	35	24,5	3,49	2,36	4,06	3,42	0,35	0,614
	Ciências Biológicas	11	7,7	3,64	2,76	3,85	3,43	0,41	
	Medicina Veterinária	31	21,7	3,42	2,82	3,88	3,37	0,31	
	Psicologia	67	46,1	3,40	2,42	4,33	3,34	0,39	
Setor Or	Biomedicina	35	24,5	3,77	2,81	4,23	3,73	0,38	0,088



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

	Ciências Biológicas	11	7,7	3,87	3,29	4,65	3,91	0,46	
	Medicina Veterinária	31	21,7	3,65	3,03	4,23	3,66	0,31	
	Psicologia	67	46,1	3,65	2,65	4,52	3,60	0,38	
Setor S-C	Biomedicina	35	24,5	3,55	3,03	4,03	3,59	0,24	0,624
	Ciências Biológicas	11	7,7	3,49	2,97	3,97	3,50	0,29	
	Medicina Veterinária	31	21,7	3,58	2,30	4,06	3,54	0,31	
	Psicologia	67	46,1	3,55	2,67	4,15	3,51	0,31	

A análise dos dados não revelou diferença estatisticamente significativa em nenhum dos quatro setores adaptativos na comparação entre os estudantes de cada curso. Ou seja, os quatro grupos possuem iguais sentimentos, atitudes e ações em relação a si e ao semelhante (setor A-R), às atividades produtivas (setor Pr) e em relação ao corpo e sua funcionalidade (setor Or) e em relação à sociedade, recursos comunitários, pressões sociais e aos valores e costumes da cultura ou ambiente (setor S-C).

Tabela 5. Medianas, médias e desvios dos grupos divididos por gênero nos quatro setores adaptativos comparadas pelo teste não paramétrico Mann-Whitney (n=144)

		f	%	Mediana	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão	p
Setor A-R	fem	115	79,9	3,40	2,50	4,19	3,42	0,32	0,775
	masc	29	20,1	3,45	2,92	4,05	3,40	0,28	
Setor Pr	fem	115	79,9	3,42	2,36	4,33	3,38	0,36	0,414
	masc	29	20,1	3,36	2,70	4,15	3,33	0,38	
Setor Or	fem	115	79,9	3,65	2,65	4,52	3,63	0,37	0,083
	masc	29	20,1	3,77	3,03	4,65	3,79	0,39	
Setor S-C	fem	115	79,9	3,61	2,30	4,15	3,57	0,29	0,002(*)
	masc	29	20,1	3,42	2,73	3,85	3,40	0,26	

(*) estatisticamente significativa

Como mostra a Tabela 5, a análise dos dados não revelou diferença estatisticamente significativa nos setores A-R, Pr e Or. Isso significa que ambos grupos possuem iguais sentimentos, atitudes e ações em relação a si e ao semelhante (setor A-R), às atividades produtivas (setor Pr) e em relação ao corpo e sua funcionalidade (setor Or). O nível descritivo obtido ao comparar estes dois grupos no setor S-C foi de 0,002, representando assim diferença estatisticamente significativa ($p < 0,005$). Ou seja, estes dados comprovam que as moças possuem melhores sentimentos, atitudes e ações relativos à sociedade,



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

recursos comunitários, pressões sociais e aos valores e costumes da cultura ou ambiente em relação aos participantes do gênero masculino.

Para verificar se havia correlação entre os quatro setores da adaptação humana, foi utilizado o teste de Spearman. A Tabela 6 apresenta o coeficiente de correlação entre os quatro setores adaptativos e seus índices de significância.

Tabela 6. Coeficiente de correlação e índice de significância entre os setores da adaptação humana pelo teste de Spearman (n=144)

		Setor A-R	Setor Pr	Setor Or	Setor S-C
Setor A-R	Coeficiente de correlação				
	Índice de significância				
Setor Pr	Coeficiente de correlação	0,59(*)			
	Índice de significância	<0,0001			
Setor Or	Coeficiente de correlação	0,54(*)	0,41(*)		
	Índice de significância	<0,0001	<0,0001		
Setor S-C	Coeficiente de correlação	0,44(*)	0,23(*)	0,32(*)	
	Índice de significância	<0,0001	0,007	<0,0001	

(*) estatisticamente significativa

Como a Tabela 10 mostra, houve correlações significativas e positivas entre todos os setores adaptativos. A análise dos dados revelou uma correlação moderada entre os setores A-R e Pr, A-R e Or, A-R e S-C e Pr e Or. Revelou também correlação baixa entre os setores Pr e S-C e Or e S-C. Estes resultados comprovam a afirmação de Simon (2005) de que os setores adaptativos interagem.

O alto percentual de adolescentes com adaptação ineficaz sugere que as universidades devam elaborar estratégias de promoção de saúde, prevenção e tratamento para esse público, como as propostas sugeridas por Heleno *et al.* (2007) e Yamamoto (1997), prevenindo e/ou tratando distúrbios adaptativos. Estas propostas podem vir a melhorar a qualidade da adaptação do estudante universitário.

CONCLUSÃO



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Nesta amostra de adolescentes universitários ingressantes, a maioria apresenta Adaptação Ineficaz Moderada, com predominância de alguns sintomas neuróticos, inibição moderada e alguns traços caracterológicos. Este resultado talvez deva-se pelo próprio período da adolescência, o qual é uma fase repleta de turbulências, como elaborações de lutos, pressões em relação aos estudos, atividades laborais, escolhas profissionais, formação de identidade adulta e identidade ocupacional. Assim, mesmo a maioria destes adolescentes estando no Grupo 3, entende-se que este dado não é um indicativo de doença. Não se verificou a ocorrência de Adaptação Ineficaz Severa ou Ineficaz Grave entre os participantes.

REFERÊNCIAS

- ABERASTURY, A. O adolescente e a liberdade. In: _____.; KNOBEL, M. (orgs.) **Adolescência normal: um enfoque psicanalítico**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1981. p. 13-23. (original de 1970).
- _____. Adolescência. In: _____. e cols. **Adolescência**. 6. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990. p. 15-32. (original de 1978a).
- _____. *et al.* Adolescência e psicopatia: luto pelo corpo, pela identidade e pelos pais infantis. In: _____.; KNOBEL, M. (orgs.) **Adolescência normal: um enfoque psicanalítico**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1981. p. 63-71. (original de 1970).
- BEE, H. **O ciclo vital**. Porto Alegre: Artmed, 1997.
- BLOS, P. **Adolescência: uma interpretação psicanalítica**. 2ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 1998. (original de 1962).
- ERIKSON, E. H. **Identidade, juventude e crise**. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1972. (original de 1968).
- ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br>>. Acesso em: 2 jun. 2009.
- GANDINI, R. C. Análise estatística e interpretação semântica do Questionário Diagnóstico Adaptativo Operacionalizado. **Mudanças: psicoterapia e estudos psicossociais**, São Bernardo do Campo, v. 3, n. 3/4, p. 83-107, 1996.
- GIOVANETTI, R. M.; SANT'ANNA, P. A. Estratégias de psicodiagnóstico interventivo e apoio em crises adaptativas por meio do jogo de areia e da Edao. **Psicologia: Reflexão**



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

e Crítica, v. 18, n. 3, p. 402-407. Disponível em:< <http://www.scielo.br>>. Acesso em: 10 jun. 2011.

HELENO, M. G. V.; VIZZOTO, M. M.; BONFIM, T. E. Da cura à psiquiatria: a importância da compreensão da eficácia adaptativa em Psicologia da saúde. In: SIQUEIRA, M. M. M.; JESUS, S. N.; OLIVEIRA, V. B. (Orgs.) **Psicologia da saúde: teoria e pesquisa**. São Bernardo do Campo: Universidade Metodista de São Paulo, 2007. p. 181-198.

HURLOCK, E. B. **Desenvolvimento do adolescente**. São Paulo: Mcgraw-Hill do Brasil, 1979. (original de 1973).

KALINA, E. **Psicoterapia de adolescentes: teoria, técnica e casos clínicos**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Livraria Francisco Alves Editora, 1979.

KNOBEL, M. Introdução. In: ABERASTURY, A.; _____. (orgs.) **Adolescência normal: um enfoque psicanalítico**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1981. p. 9-12. (original de 1970a).

_____. A síndrome da adolescência normal. In: ABERASTURY, A.; _____. (orgs.) **Adolescência normal: um enfoque psicanalítico**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1981. p. 24-62. (original de 1970b).

_____. O pensamento e a temporalidade na psicanálise da adolescência. In: ABERASTURY, A. e cols. **Adolescência**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983. p. 33-72. (original de 1978a).

_____. A adolescência e o tratamento psicanalítico de adolescentes. In: ABERASTURY, A. e cols. **Adolescência**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983. p. 111-142. (original de 1978b).

PFROMM NETTO, S. **Psicologia da adolescência**. São Paulo: Livraria Pioneira Editora, 1971.

SIMON, R. **Psicologia clínica preventiva: novos fundamentos**. São Paulo: E.P.U., 1989.

_____. Escala do diagnóstico da adaptação operacionalizado – EDAO. **Mudanças: psicoterapia e estudos psicossociais**. São Bernardo do Campo, v. 3, n. 3/4, 13-23, 1996.

_____. **Psicoterapia breve operacionalizada: teoria e técnica**. São Paulo: Casa do psicólogo, 2005.



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

_____. **Psicoterapia psicanalítica:** concepção original - Teoria Técnica Pesquisa Ilustrações Clínicas. São Paulo: Casa do psicólogo, 2010.

TEIXEIRA, R. C. **Qualidade de vida e eficácia adaptativa em estudantes universitários.** 2008. 82f. Dissertação (Mestrado em Psicologia da Saúde) – Faculdade de Psicologia e Fonoaudiologia, Universidade Metodista de São Paulo, 2008.

YAMAMOTO, K. Prevenção de distúrbios adaptativos em estudantes universitários. **Mudanças**, São Bernardo do Campo, v. 8, n. 1, p. 267-273, 1997.





III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Ética, moral e bioética: como aplicá-las na prática dos profissionais da saúde?

Bruna Lecintia Carpes Souto ¹

Liana Bohrer Berni ¹

Carmem Lúcia Colomé Beck ¹

¹ Universidade Federal de Santa Maria (UFSM)

RESUMO

Este trabalho buscou contextualizar e refletir a aplicação da ética, da moral e da bioética no contexto de profissionais da área da saúde, bem como apresentar dilemas contemporâneos sobre concepções de vida e ética. Foi realizada uma reflexão com base na literatura, sobre a aplicabilidade da ética na esfera profissional, frente às demandas contemporâneas do homem e as questões religiosas e científicas na área clínica. A partir de uma descrição sumária sobre ética, moral e bioética, foi possível compreender a complexidade e importância de se pensar sobre as concepções que inferem na vida humana, principalmente os dilemas que perpassam pelo cotidiano dos profissionais da saúde.

Palavras Chaves: Ética profissional, dilemas éticos; profissionais de saúde; bioética.

Introdução

Muito se discute sobre os fundamentos que sustentam as condutas e as posturas éticas dos profissionais da saúde e quando se busca defini-la, muitas dúvidas pairam sobre a definição conceitual de moral, de ética e da amplitude da mesma. É importante ter claro que estes conceitos se inter-relacionam, fazendo-se necessário buscar a definição e o sentido filosófico e social das mesmas.

Sobretudo, é importante diferenciar a ética da moral, pois estas são áreas de conhecimento que se definem e se organizam de formas próprias, embora com vínculos e sobreposições entre si. Além destes conhecimentos vivencia-se, na atualidade, uma nova concepção de bioética, ou seja, uma ética prática que busca dar conta dos conflitos e



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

demandas sócias vigentes e que atende, então, às concepções do âmbito da Vida e da Saúde.

Tais concepções podem atender conflitos de ordem religiosa e científica que suscitam um dilema quanto à escolha do caminho a seguir. Portanto, questões como engenharia genética, vida e morte, são temas que suscitam dúvidas em determinadas situações profissionais, especialmente, na categoria de profissionais da área da saúde. Neste intuito, este estudo busca contextualizar e refletir a aplicação da ética, da moral e da bioética no contexto de profissionais da área da saúde, bem como busca apresentar dilemas contemporâneos sobre concepções de vida e ética.

A doença, a morte e os profissionais da saúde

A prática laica do cuidado dos enfermos, ou seja, a atenção aos pacientes enquanto profissão, surge a partir do desenvolvimento do capitalismo, no fim do século XVIII, quando a religião se afasta enquanto participante destes cuidados. Por esses profissionais da saúde, perpassa o nascimento e a morte, ou seja, as vivências mais traumáticas da vida do ser humano. Esses dois episódios são agressivos e fortes e servem para delimitar o intervalo de tempo que durará a vida do sujeito.

Nessa época, o contexto religioso foi deixado de lado e o profissional da saúde assume uma missão e recebe um valor financeiro para realizá-la, com poderes sobre a vida e a morte das pessoas, papel antes restrito as divindades. Nesse contexto, o dever é de salvar vidas e quando acontece o contrário, surge o sentimento de fracasso e derrota no profissional (Lago & Codo, 2010).

Antigamente, a morte acontecia nos domicílios e quem precisava organizar este processo eram os familiares. Hoje, pode-se dizer que a morte ocorre de forma escondida nos hospitais, UTIs, e é vivenciada e administrada intensamente pelos profissionais da saúde. E estes profissionais tornam-se coadjuvantes destas cenas sendo que, muitas vezes, durante sua formação, não foram ensaiados e nem avisados sobre o quanto seria difícil esse papel (Pitta, 1999).

Portanto, a abordagem utilizada para explicar a morte foi se deslocando para um novo lugar que não mais apenas o de mito, mas passou, gradativamente, a ser encarada como um fato “controlável”, uma vez que em tempos atuais, a tecnologia pode contribuir



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

para tal, tanto a favor a esta, como contra. A saber, o novo lugar que a morte ocupa está relacionado à nova forma que esta é encarada pela sociedade.

Na idade média, a morte estava locada nas salas das residências e era acompanhada pelos familiares de um moribundo desde os seus primeiros indícios de iminência até a efetiva morte. Hoje, na contemporaneidade, a morte está sendo acompanhada e vista nos hospitais. E por este motivo, é possível encontrar pacientes e familiares em uma posição passiva, incumbindo às tecnologias hospitalares e aos profissionais da saúde, a missão de cuidar e lidar de frente com a morte de seu familiar (Pitta, 1999).

Dessa forma, evidencia-se a pressão que os profissionais da saúde sofrem na sua rotina de trabalho. A partir dessa premissa salienta-se a importância dos conhecimento técnico-científico e as habilidades para tomada de decisão, os quais perpassam os dilemas éticos.

Concepções sobre Ética e Moral

O termo, ética vem do grego *éthos* que designa o modo de ser, conduta ou carácter. Compreendido como ações específicas dos seres humanos que se organizam a partir de princípios e valores internalizados, representam a capacidade que este tem de pensar e refletir sobre suas práticas e escolhas. Portanto, a ética está arraigada em concepções de finalidade, ou seja, todo ato de escolha está embasado na motivação e no resultado que esta vai atingir. Assim, a ética é compreendida socialmente, como um caminho que se escolhe para se chegar a uma determinada finalidade (Fernandes, 2006).

Descrita como a ciência que tem como propósito a compreensão dos atos morais, a ética fundamenta-se em um agir consciente de um sujeito livre. Tal perspectiva embasa a fundamentação dos atos morais, que se encontra na conduta e na natureza humana. Portanto, a ética trata de uma organização de concepções e valores em prol de uma finalidade, que surge da necessidade de fazer o bem (Fernandes e Freitas, 2006). Portanto, fazer o bem, está associado ao reconhecimento de valores que todas as ações têm.

Uma vez que se compreende que não há um absoluto controle sobre o bem e que este não pode existir como incondicional, a vivência e incorporação de valores que buscam o bem comum são internalizados e experimentados pelo sujeito desde o seu nascimento até o final de sua vida. Assim, o sujeito internaliza através de crenças sociais, os padrões



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

esperados para se fazer o bem, de forma que este sejam comum aos que circulam pelo mesmo meio.

Portanto, sendo o homem um ser social e gregário, a construção da sua identidade advém da composição de elementos que se constituem através da cultura. Em qualquer época, o cotidiano e a realidade evocam no sujeito um modo de vivenciar e registrar os acontecimentos que o cercam, bem como a finalidade e consequência destes. Assim, o homem por ser um ser consciente, reflexivo e criativo (Fernandes & Freitas, 2006), organiza sua consciência a partir do convívio social e cultural, sendo que sua organização se dá em vários níveis: o físico, mental, emocional e espiritual, o que permite sua integralidade de ser social.

Nesta concepção, a cultura representa para o sujeito valores e crenças que o auxiliam na construção de identidade. O homem para lidar e interagir na esfera social, cultural e moral, organiza suas crenças e valores de forma normativa, utilizando os fundamentos da ética e da moral, ou seja, a consciência e sentido de pessoa; valores e vontades; autonomia e felicidade; responsabilidade e verdade e respeito e reciprocidade (Fernandes & Freitas, 2006).

Sobre a moral, esta está associada a um conjunto de valores e crenças que se constituem em um tempo e contexto. A moral, expressa os valores de uma sociedade e época, podendo ser alterada à medida que os valores se modificam. A moral tem expressividade coletiva, é representada pelas manifestações sociais, ou seja, a cultura. “A moral é um conjunto de normas aceitas, livre e conscientemente, que regulam o comportamento individual e social dos homens” (Vasques, 2000, p.63). Assim, a moral tem um caráter social, pois sua essência está em responder e cumprir uma função determinada. Compreende-se esta concepção através da observação dos comportamentos humanos, pois os indivíduos buscam atender determinados princípios, valores ou normas morais, sendo que o indivíduo não pode inventar os princípios ou normas nem modificá-los por exigência pessoal (Vasques, 2000).

O comportamento é umas das formas de manifestação da moral, o que a faz ser uma manifestação tanto de indivíduos, quanto de grupos sociais.” A função social da moral consiste em regular as relações entre os homens” (Vasques, 2000, p.69), visando manter e garantir uma determinada ordem social, ou seja, preservar a sociedade no seu conjunto e a integridade de um grupo social. Em síntese, a moral, regula somente atos e relações que



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

acarretam consequências para o bem comum e induz os indivíduos a aceitar livre e conscientemente determinados princípios, valores ou interesses.

Frente às mudanças que ocorre na sociedade, e consequentemente, em seus valores, um novo conceito passa a se fazer presente, um avanço tecnológico que infere mudanças significativas, principalmente na área da saúde. A resignificação destas questões na área médica e biológica, os anseios e novos padrões e comportamentos no homem frente suas limitações, ou seja, as angústias que impedem a autorealização, precisam ser consideradas e discutidas.

Bioética clínica

Devido aos avanços, tanto tecnológicos quanto científicos dos últimos tempos, aumentaram os dilemas éticos na área da saúde, em especial para os médicos. Antes eram raras as situações desses conflitos e dúvidas no dia-a-dia profissional, sendo que na atualidade esses dilemas fazem parte da prática dos mesmos.

Para ajudar a solucionar essas dúvidas, foram criados comitês de ética nas instituições, com intuito de discutir e sugerir condutas práticas de profissionais da área da saúde e de pesquisa (Marques Filho, 2008).

Na realidade, os Comitês de Bioética Institucional, nada mais são que um espaço de reflexão que busca apoiar e orientar os profissionais da saúde, os pacientes e seus familiares, respeitando as perspectivas de cada um. O Comitê pode atuar de forma consultiva, através da análise de casos, assim como também pode ser educativo, através de capacitações para os profissionais da área da saúde (Kipper, 2005). Dessa forma, para ajudar nos anseios que a prática profissional pode gerar na rotina de trabalho e devido à preocupação em sempre fazer o melhor pelo paciente, surgem os Comitês de Bioética.

Dentre os dilemas que estão presentes na área da saúde, a confidencialidade e a privacidade das informações fornecidas por pacientes, assim como os resultados de seus exames são frequentes. Porém, aqui no Brasil, quando se fala de um diagnóstico de AIDS, por exemplo, cabe ao médico ter a certeza que o companheiro (a) ou esposo (a) do paciente que recebeu esse resultado positivo tome ciência do mesmo. Essa necessidade não se estende aos demais membros da família, pois essa informação serve para evitar uma



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

transmissão, e nesse caso, entende-se que a preservação da vida é mais importante que o sigilo da informação (Francesconi & Goldim, 2005).

Em relação à má notícia, surge outro dilema no que se refere a conduta profissional, pois muitas vezes o profissional se questiona entre contar ou não um determinado diagnóstico para o paciente e seus familiares. Na realidade, são raros os casos que não se enquadram na necessidade de se apresentar o diagnóstico ao paciente, e nesse exemplo, a dúvida é sobre qual a melhor maneira de se dividir essa informação com o mesmo (Francesconi & Goldim, 2005).

Outra dificuldade se dá frente aos pacientes terminais, destacando-se a grande dúvida sobre até que ponto se deve investir no paciente. O profissional precisa avaliar as medidas que tomará e decidir se as mesmas são necessárias, pois existem procedimentos invasivos que podem prolongar mais a vida, mas também dar um desconforto maior ao paciente (Francesconi & Goldim, 2005)..

Esses foram alguns exemplos dos dilemas que cercam o profissional da saúde. Através destes busca-se ilustrar a importância do Comitê de Bioética como um espaço para se refletir e avaliar sobre qual a melhor maneira de proceder, sempre em busca de assegurar os direitos dos pacientes no que tange ao acesso à informação.

Método

Trabalho realizado a partir de uma demanda da disciplina de Ética e Bioética, realizada no Mestrado em Psicologia na Universidade Federal de Santa Maria. Trata-se de um estudo a partir de uma revisão bibliográfica referente aos estudos sobre a ética, moral e bioética no cotidiano dos profissionais da saúde.

O estudo do tipo bibliográfico (Gil, 2010) se refere a uma elaboração teórica com base em material publicado, a qual englobou a utilização de textos básicos da disciplina, bem como materiais complementares para aprofundamento das informações levantadas. A busca de material se deu em consulta a artigos, dissertações, teses, monografias e livros disponibilizados no programa da disciplina, nas fontes online e no acervo físico da biblioteca setorial da Universidade Federal de Santa Maria.

Foi utilizada a abordagem qualitativa para compreensão e análise das informações. A abordagem descritiva (Gil, 2010) busca identificar determinadas informações, de forma



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

a descrever com precisão os fatos e fenômenos de determinada realidade, preocupando-se com o aprofundamento da compreensão de um grupo social, de uma organização atribuindo significados.

Discussões e Considerações Finais

Compreende-se que questões sobre conduta e escolhas a partir de uma perspectiva social, faz se do resultado de uma coerção social, pois as escolhas devem ser feitas para um bem maior e comum. Identifica-se quão difícil é definir o que é socialmente, moralmente e eticamente aceitável escolher, sem infringir valores e crenças coletivas, pois o ato de escolha é uma ação conduzida individualmente, com base nos valores internalizados. Toda ação e escolha tem uma finalidade social, o bem comum. No âmbito da aplicação do bem comum e das escolhas sociais embasadas em valores, no que se refere a clínica, alguns dos principais dilemas: relativizar ciência, religião e valores sociais de vida e bem comum. Portanto, estão os profissionais envolvidos na área da saúde, em meio a um contexto onde as dicotomias entre vida e terminalidade, natureza e artifício se fazem presentes constantemente. E neste locus, se encontram muitos dilemas de natureza clínica, constatando-se a importância dos comitês de bioética para possibilitar essa reflexão sobre a melhor conduta a ser tomada diante de situações de dúvidas para os profissionais da saúde.

Referências

Gil, A. (2010). *Como Elaborar Projeto De Pesquisa*. 5ª Ed. São Paulo: Editora Atlas.

Fernandes, M. F. P. (2006). Evolução filosófica da ética. In: Oguisso, Taka (org). *Ética e bioética: desafios para a enfermagem e a saúde*. São Paulo: Manole.

_____; Freitas, G. F. (2006). Fundamentos da ética. In: Oguisso, Taka (org). *Ética e bioética: desafios para a enfermagem e a saúde*. São Paulo: Manole.



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Francesconi, C. F.; Goldim, J. R.. Bioética Clínica (2005). In: Clotet, J; Feijó, A.G.S; Oliveira, M.G. (coord.). *Bioética: uma visão panorâmica*. Porto Alegre: EDIPUCRS, 59-84.

Kipper, D. J. (2005). Comissões de Ética Profissionais. Comitês de Bioética Institucionais. Comitês de Ética em Pesquisa. In: Clotet, J; Feijó, A.G.S; Oliveira, M.G. (coord.). *Bioética: uma visão panorâmica*. Porto Alegre: EDIPUCRS, 85-92.

Lago, K.; Codo, W. (2010) *Fadiga por Compaixão: o sofrimento dos profissionais em saúde*. Petrópolis, RJ: Vozes.

Marques Filho, J. (2008). Bioética Clínica – Cuidando de Pessoas {Versão eletrônica} *Rev Bras Reumatol*, 48(1), 31-33.

Pitta, A. (1999). *Hospital: Dor e Morte como ofício*. São Paulo: Huctitec.

Vasques, A. S. (2000). *Ética*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Família na contemporaneidade: reflexões acerca do lugar do pai

Bruna Gil ¹

Cristiane Bottoli ¹

Taline Cheron ¹

Elaine Bitelbron ¹

¹ Centro Universitário Franciscano (UNIFRA)

RESUMO

O presente estudo discorre a respeito do lugar do pai dentro do contexto familiar, refletindo acerca das questões que norteiam o lugar ocupado pelo pai antigamente e as modificações dessa função ao longo dos anos. Considerando muitas vezes que a função paterna é deixada de lado no que se refere às relações parentais, buscou-se apontar a importância do papel do pai no âmbito familiar. O trabalho é de caráter bibliográfico e surgiu em decorrência de questões discutidas e debatidas cotidianamente em um projeto de extensão que aborda temas referentes à parentalidade após a separação conjugal. A partir deste estudo, conclui-se que deve haver mais pesquisas a respeito da parentalidade, principalmente nas questões que envolvem a paternidade, pois, devido às novas configurações familiares o pai está cada vez mais presente no cuidado dos filhos, possibilitando assim um maior contato e aproximação destes.

Palavras-chave: Família; Parentalidade; Paternidade.

INTRODUÇÃO

Este estudo busca refletir sobre a trajetória dos cuidados dos filhos, que historicamente sempre esteve a cargo da mulher/mãe, e problematizar o lugar tradicionalmente ocupado pela figura do pai dentro das famílias. Assim, buscamos transpor essa realidade relacionando-a com as necessidades desse papel nas configurações atuais dos grupos familiares, pretendendo dar visibilidade a essa figura muitas vezes deixada à



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

margem nas relações parentais, destacando a fundamental importância da sua presença nesse contexto.

Para Wagner, Tronco e Armani (2011), o conceito de família vem se modificando. Estudiosos do assunto assinalavam no começo da década a necessidade de que tratássemos de famílias no plural, deixando de lado o termo no singular, pois somente um único conceito não daria conta para tanta complexidade. Nesse contexto a coexistência de diversas formas de configurações e estruturas familiares tem aumentado não só o conceito de família, mas também as suas implicações no campo social. Ao encontro disso, Passos e Polak (2004) afirmam que as novas configurações do grupo familiar não vão estar representando a falência da família, pelo contrário, revelam a sua potência, uma vez que possibilitam a reinvenção permanente de seus padrões de funcionamento, e a criação pelos sujeitos de novos núcleos relacionais, bem diversos dos constituídos sob a marca da hegemonia patriarcal.

Este trabalho é de caráter bibliográfico e surge em decorrência de questões discutidas e debatidas cotidianamente em um projeto de extensão, vinculado a uma instituição de ensino superior privada de uma cidade do interior do Rio Grande do Sul, que aborda questões referentes à parentalidade após a separação conjugal. Para Houzel (2004), a parentalidade consiste na capacidade psicológica do sujeito de desempenhar a função parental, ser pai ou ser mãe.

REFERENCIAL TEÓRICO

As transformações das famílias

Roudinesco (2003) aponta que a família historicamente passou por três grandes períodos que assim podem ser descritos: a família tradicional, onde ocorriam casamentos arranjados visando sempre questões referentes ao patrimônio, pois era muito valorizada a autoridade do pai. A família moderna, que valorizava o amor, os sentimentos e o desejo pelo casamento; nesse período a autoridade é exercida pelo pai e pelo Estado. E, por último, a família contemporânea, caracterizada pela relação sexual, pela vida privada e pela maior intimidade familiar.



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Assim, as novas configurações familiares, consequência da família contemporânea, segundo estudos de Wagner (2002), têm mostrado a desintegração da família tradicional e a reorganização dos papéis sociais por parte do homem e da mulher, fato que reflete diretamente na posição da mãe e do pai dentro da família. Desse modo, mesmo ainda nas famílias organizadas no formato tradicional, tem-se observado modificações no exercício da parentalidade, que não mais condizem com os papéis rígidos que sempre se esperou para cada gênero.

Crepaldi et al (2006) afirmam que, com o início do movimento feminista nos anos 70 e 80, a mulher passou a ocupar também o mercado de trabalho, tendo, então, a necessidade de dividir com o homem alguns cuidados dos filhos que, até então, eram somente de sua competência. Nos aspectos da separação do pai na criação dos filhos, as autoras afirmam que a psicologia teve uma grande influência histórica ao dar ênfase somente para a interação mãe-criança, colocando-a como principal relação nos estudos do desenvolvimento da criança ao longo dos anos. Consta que nas décadas de 60 e 70 esses estudos praticamente excluía o pai. Nesse período o pai era responsabilizado unicamente pelo sustento da família, deixando como atribuição da mãe qualquer tarefa com relação aos cuidados da casa e dos filhos.

Baseados nesse contexto, de grandes e expressivas mudanças no cenário social, o homem começa a refletir, de acordo com Freitas et al (2009), sobre seu papel no âmbito doméstico e nas relações familiares. Com a mulher exercendo cada vez mais o papel de provedora do lar, o homem/pai tem a possibilidade de ficar mais participativo na educação dos filhos (SEABRA, 2009).

Devido a estas mudanças no papel do pai, são intensificados os estudos sobre parentalidade. Para Roudinesco (2003) a palavra parentalidade é um termo já utilizado a partir dos anos 70, e, entre outros significados, diz da inversão da dominação masculina para uma nova possibilidade de família, onde o pai exerce de forma significativa o processo de ser pai. Surge, então, a possibilidade de construir uma paternidade junto com a maternidade, não após esta.

Para Balancho (2004), estudar o papel do pai na atualidade é somente possível dentro de uma perspectiva inter e multidisciplinar, unindo a psicologia, a educação, as leis, as jurisprudências, a sociologia e a biologia. Somente assim poderemos ter uma visão biopsicossocial do papel dos genitores na vida de seus filhos.



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Dessa maneira, se tem acesso na literatura ao conceito de “pai nutridor”: este é definido como sendo aquele que mantém uma relação próxima e empática com os filhos, compartilhando igualmente com a mãe a função de cuidar das crianças e atendê-las em todas as suas necessidades, sejam essas físicas ou emocionais (Jablonski, 1997; Muzio, 1997). O pai nutridor é o oposto do pai tradicional, definido como aquele que assume a responsabilidade de dar permissões, de controlar a família via críticas e recomendações à mãe, prover alimentos, impor castigos, disciplinar e, ocasionalmente, brincar e compartilhar de passeios familiares (Muzio, 1997).

Beltrame e Bottoli (2010), ao realizarem uma pesquisa com pais, perceberam que os pais entrevistados buscam referência em seus próprios pais quanto aos parâmetros utilizados nas relações com seus filhos. Assim, eles buscam uma ressignificação do que fazem no que diz respeito aos aspectos afetivos e educacionais. Segundo as autoras, o pai na atualidade não pretende ocupar o papel materno, ele busca através de seus próprios parâmetros, pautados em questões transgeracionais, construir uma relação embasada no desejo de realizar trocas afetivas com seus filhos.

Abordando também os pais de famílias que passaram por separação conjugal, Bottoli (2010) afirma que a responsabilização pela guarda dos filhos esteve, majoritariamente, em poder das mães, fato que pode ter contribuído para que a figura do pai ficasse à margem do processo educativo dos filhos. Assim, o pai é muitas vezes acusado de estar ausente e de não cumprir seu papel.

Dessa maneira, segundo esses pais entrevistados, para a manutenção da parentalidade é necessário cultivar uma boa relação com a ex-mulher, pois esta tem forte influência no contato dele com os filhos. Nesse sentido, Bottoli (2010) aponta para a possibilidade de se pensar em múltiplos pais, devido às mais diversas configurações de paternidade, diante desse contexto vulnerável e ainda desconhecido, da retomada da paternidade após o rompimento conjugal.

Porém, Lewis e Dessen (1999) afirmam que, embora nas sociedades contemporâneas ocidentais as exigências em relação à participação do pai no contexto familiar estejam passando por mudanças, a crença de que os homens são incapazes de cuidar dos filhos acaba, em muitos casos, por excluí-los das tarefas de cuidar. Parece existir um paradoxo entre as exigências feitas e as possibilidades oferecidas a estes pais. Em alguns casos em que o pai insiste em tornar-se participante, não raro surge a falta de



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

reconhecimento pelo seu engajamento nesse cuidado, ou seja, não apenas as mães, mas a sociedade como um todo, costumam não valorizá-lo, não incentivando-o para continuar realizando essas tarefas.

Contribuindo com essa reflexão, surge o conceito do “novo pai”, mediante o qual a paternidade é considerada uma oportunidade para expressar sentimentos, participando ativamente no cuidado dos filhos, e tendo relação igualitária e fluída com a parceira, o que se expressa na divisão de tarefas. A fragilidade deste discurso é advertida não apenas nas expectativas contraditórias em relação aos homens, pois além disso, ainda espera-se que os homens participem ativamente da esfera econômica, que sejam provedores da família e que construam sua identidade masculina pelo papel de trabalhadores, ao mesmo tempo em que se demanda que estejam presentes em casa, dividindo o cuidado das crianças com a parceira, mas na multiplicidade de formas de exercer a paternidade, vinculadas a diversos processos sociais e culturais (Bustamante, 2005).

As relações do pai contemporâneo

A reprodução social dos modelos masculino e feminino, que vislumbramos atualmente, tem a sua base na “maternagem”, a qual é definida como os “cuidados de mãe”, cujo valor cultural na reprodução da masculinidade tem um sentido ideológico na produção das desigualdades entre os sexos. Dessa forma, as mulheres, como mães, são agentes decisivos na esfera da reprodução social, pois são elas que educam e repassam aos filhos as ideologias vigentes na sociedade (Chodorow, 1990).

Nolasco (1995) afirma que, na vida familiar, a divisão entre o que compete ao masculino e ao feminino é transmitida como um valor culturalmente determinado. Para que os homens possam experimentar a paternidade de modo equânime e não apenas mais participativo, é preciso que homens e mulheres repensem seus atributos sociais em meio à complexidade dessa vivência, reconhecendo que a paternidade constitui uma oportunidade dos homens ampliarem suas dimensões internas e renovarem sua relação com a vida, com os filhos e com a família.

Nos dias atuais, se observa um cenário diferente com relação à paternidade, o que permite pensar um novo lugar que os homens estão ocupando e construindo, ou seja, poucos homens conseguem se manter no lugar de provedor exclusivo da família, que em



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

geral não pode abrir mão do salário da mulher para custear boa parte das despesas com escola, planos de saúde, supermercado ou outros itens do orçamento doméstico, como no caso das classes médias urbanas. No trabalho, freqüentemente, os homens disputam com as mulheres, que desempenham as mesmas tarefas e funções, tão bem ou até melhor do que eles. Além disso, sexualmente, a mulher deixou de ser apenas objeto da satisfação masculina e agora exige também ser satisfeita. Assim, dois aspectos cruciais sobre os quais se apoiava a concepção patriarcal de masculinidade se encontram fortemente abalados: trabalho e sexualidade (Nolasco, 1995).

Segundo Freitas et al. (2007), na atualidade há um aprofundamento na complexidade das relações conjugais, nas quais os homens estão discutindo sua própria identidade social, o que representa uma tentativa de compreender e encontrar soluções para as novas situações de relacionamento decorrentes das mudanças nas relações parentais e da ampliação da participação das mulheres na esfera pública de trabalho, fatores relevantes no relacionamento homem/mulher diante do cenário social contemporâneo.

Bottoli (2010) atenta para a reflexão sobre esse novo pai, que infere sobre um novo lugar. A autora destaca as transformações que vivemos atualmente, marcadas pelas transições e reconfigurações da dinâmica das relações familiares, onde o lugar do pai está em questão. Esse lugar indica para um novo modelo, um novo exercício da parentalidade, que envolve desdobramentos nas relações do ex-casal e dos filhos. Segundo a autora, o pai não permanece o mesmo nesse contexto da separação conjugal, sendo necessária uma abertura para que ele possa reconstruir suas relações com a ex-mulher, com os filhos e com ele próprio.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através deste trabalho destacamos a importância de estudar a parentalidade, principalmente as questões que envolvem a função paterna, ou seja, como é para os pais exercer a paternidade nos dias atuais. Fato que muitas vezes é trazido pela literatura somente no que diz respeito a estudos e pesquisas referentes às funções maternas, do vínculo mãe – bebê. Deixando a figura do pai de lado, o qual também tem interação com o bebê e vivencia a parentalidade, podendo na maioria das vezes exercer a “maternagem” com seus filhos.



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

A partir do trabalho percebemos que, com as novas configurações familiares, ocorreram diversas mudanças no que diz aos cuidados com os filhos, pois a mulher deixa de se dedicar somente ao lar e aos filhos, ocupando um lugar no mercado de trabalho, necessitando assim, dividir estes cuidados maternos com o pai de seus filhos. O que percebe-se, ao contrário do que geralmente se pensa, é que essa “nova” função é vivenciada pelos pais com intenso desejo de acertar, de estar presente na vida da família. Portanto, devemos pensar que o pai não busca ocupar o lugar materno, e sim ter um contato mais próximo e afetivo com seu filho.

Percebemos também que em alguns casos de separação conjugal o pai procura ficar com a guarda do filho, pois pode não ser o desejo da mãe ficar com a criança e sim desejo do pai. Algo que antigamente não era visto como uma forma “certa” perante o social, pois algumas vezes a mãe que aceitava o lado negativo da maternidade, “negando” seu filho, era vista como não sendo uma boa mãe. Nesse contexto podemos pensar que o pai pode estar exercendo esses cuidados com seu filho com êxito, não melhor e nem pior que a mãe, e sim no mesmo parâmetro.

Concluimos que com essas transformações na sociedade, no que diz respeito ao exercício da parentalidade, aos poucos está se possibilitando um espaço maior para o pai ter mais contato com seu filho, podendo exercer a paternidade, sem estar ocupando o lugar da mãe nesse contexto. Devemos pensar na “extinção” da crença de que o pai é incapaz de cuidar de seus filhos assim como a mãe. Hoje esses cuidados podem ser divididos e exercidos com igualdade independente de gênero.

Destacamos a necessidade de serem realizados mais estudos a respeito do lugar do pai no contexto familiar, sendo no divórcio ou não, para que assim seja possível ter um maior conhecimento a respeito de como é para o pai exercer esses cuidados com seus filhos e poder estar trazendo esclarecimentos a respeito dessa temática, para que cada vez mais o pai possa se sentir “seguro” para exercer a paternidade nos dias atuais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BALANCHO, L. Ser pai: transformações intergeracionais na paternidade. *Análise Psicológica*, n.2, p. 377-386, 2004.



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

- BELTRAME, G; BOTTOLI, C. Relatos do envolvimento paterno na atualidade. *Barbarói: Santa Cruz do Sul – RS*, n.2, p. 205-226, 2010.
- BOTTOLI, C, ARPINI, D. *Paternidade e separação conjugal: a perspectiva do pai*. Santa Maria, RS, 2010. Dissertação não publicada.
- BUSTAMANTE, V. Participação paterna no cuidado de crianças pequenas: um estudo etnográfico com famílias de camadas populares. *Cadernos de Saúde Pública*, vol.21, n.6, p. 1865-1874, 2005.
- CHODOROW, N. *Psicanálise da maternidade: uma crítica a Freud a partir da mulher*. Rio de Janeiro: Editora Rosa dos Tempos; 1990.
- CRESPALDI, A.; ANDREANI, G.; HAMMES, P.; RISTOF, C.; ABREU, S. A participação do pai nos cuidados da criança, segundo a concepção de mães. *Psicologia em Estudo: Maringá*, v.11, n.3, p. 579-587, 2006.
- LEWIS, C.; DESSEN, M. O pai no contexto familiar. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. v.15, n.1, p. 9-16, 1999.
- FREITAS, W.; COELHO, E; SILVA, A. Sentir-se pai: a vivência masculina sob o olhar de gênero. *Caderno de Saúde Pública*, v.23, p 137-45, 2007.
- FREITAS, W.; SILVA, A.; COELHO, E.; GUEDES, R.; LUCENA, K.; COSTA, A. Paternidade: responsabilidade social do homem no papel de provedor. *Revista de Saúde Pública*, v.43, p. 85-90, 2009.
- HOUZEL, D. As implicações da parentalidade. In: Solis-Ponton L. (Org.). *Ser pai, ser mãe, parentalidade: um desafio para o novo milênio*. São Paulo: Casa do Psicólogo, p. 47-52, 2004.
- JABLONSKI, B. Paternidade Hoje: uma metanálise. In Silveira, P. *Exercício da Paternidade*. Porto Alegre: Artes Médicas, p. 121-129, 1997.
- MUZIO, P. A. Paternidade (Ser Pai)... Para que serve? In Silveira, P. *Exercício da Paternidade*. Porto Alegre: Artes Médicas, p.165-174, 1997.
- NOLASCO, S. *O mito da masculinidade*. Rio de Janeiro: Editora Rocco; 1995.
- PASSOS, M.; POLAK, P. A identificação como dispositivo do sujeito na família. *Mental*, n. 3. Barbacena, p. 39-50, 2004.
- ROUDINESCO, E. *A família em desordem*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003.
- SEABRA, K. A paternidade em famílias contemporâneas. *Polêmica*, Rio de Janeiro, 2009.



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

WAGNER, A. Possibilidades e potencialidades da família: a construção de novos arranjos a partir do recasamento. In: Wagner, A (org). *Família em cena: tramas, dramas e transformações*. Petrópolis: Vozes, p. 23-38, 2002.

WAGNER, A (org). Desafios psicossociais da família contemporânea: pesquisas e reflexões. In: WAGNER, A; TRONCO, C; ARMANI, A. *Os desafios da família contemporânea: revisando conceitos*. Porto Alegre: Artmed, p. 19-35, 2011.





III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Gestão participativa: um espaço de promoção da saúde

Cristiane dos Santos Schleiniger ¹

Marlene Neves Strey ¹

¹ Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS)

RESUMO

Este trabalho apresenta uma experiência de intervenção psicossocial, por um período de quatro anos, com 36 funcionárias e funcionários de uma instituição da assistência social. A instituição, situada na região metropolitana de Porto Alegre, na época atendia 275 crianças de quatro meses à 14 anos de idade através da Educação Infantil e do Serviço de Apoio Sócio-Educativo em Meio Aberto (ASEMA). Seu objetivo principal era contribuir para o desenvolvimento integral das crianças, no entanto, havia um relacionamento interpessoal de desconfiança, fofocas, acusações e discussões entre o grupo de trabalhadores da instituição. Era um clima bastante desfavorável para a saúde da instituição, das próprias funcionárias e funcionários e, conseqüentemente, para o trabalho com as crianças. A Gestão Participativa, uma proposta e construção de intervenção psicossocial para esta instituição, teve como principais referenciais teóricos utilizados as contribuições da análise institucional, das metodologias participativas e dos grupos operativos. Os grupos operativos da Gestão Participativa foram um espaço de aprendizagem e crescimento para todos que participaram, reafirmando que através das relações interpessoais se promove um ambiente saudável para a convivência e o pleno desenvolvimento das crianças e suas famílias. Através do processo participativo, da interação, comunicação e confiança mútua entre as pessoas, que a instituição e suas ações se fortaleceram.

Palavras-chave: Saúde institucional; análise institucional; gestão participativa; grupos operativos.



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

INTRODUÇÃO

O presente trabalho relata uma experiência de intervenção psicossocial, realizada por quatro anos, com 36 funcionárias e funcionários¹³ de uma instituição da assistência social. A instituição, situada na região metropolitana de Porto Alegre, na época atendia 275 crianças de quatro meses à 14 anos de idade através da Educação Infantil e do Serviço de Apoio Sócio-Educativo em Meio Aberto (ASEMA). Seu objetivo principal era contribuir para o desenvolvimento integral das crianças, no entanto, havia um relacionamento interpessoal de desconfiança, fofocas, acusações e discussões entre o grupo de trabalhadoras e trabalhadores da instituição. Era um clima bastante desfavorável para a saúde da instituição, das próprias funcionárias e funcionários e, conseqüentemente para o trabalho com as crianças. Machado *et al.* (1997) colocam que as instituições educativas, apesar de lidarem predominantemente com a objetividade, em geral não percebem que as práticas educativas também são dadas pela subjetividade, ou seja, pelas relações vividas e imaginadas. A Gestão Participativa, uma proposta de intervenção psicossocial para esta instituição, teve como pressuposto de que todas as funcionárias e funcionários da instituição são importantes na sustentabilidade do trabalho diário com as crianças e, portanto, é de suma importância que todas e todos se percebam como parte integrante deste sistema vivo e possam contribuir ativamente para o seu melhor desempenho. O referencial teórico utilizado para a construção da intervenção foi retirado, principalmente, das contribuições da análise institucional (Baremblytt, 1996), das metodologias participativas (Brose & Amaral, 2001) e dos grupos operativos (Pichon-Rivière, 1986).

DESENVOLVIMENTO

Do acolhimento da demanda à Gestão Participativa

A demanda inicial partia da diretora da instituição e foi dirigida para a nova psicóloga contratada, sendo este um dos primeiros pedidos da direção para a psicóloga: dar seguimento ao trabalho de grupo com as funcionárias da cozinha. Era considerado um

¹³ Funcionárias e funcionários – estas eram as palavras utilizadas para denominar trabalhadoras e trabalhadores da instituição.



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

grupo que tinha um relacionamento conflituoso entre si, assim como, com as demais funcionárias e funcionários. Esta era a demanda, sendo que a análise do encargo (o que está por trás desta demanda) se daria ao longo do processo da análise de campo.

Esta demanda foi acolhida como uma possibilidade de escutar este grupo enquanto um campo de análise da própria instituição, considerando que a instituição é formada e sustentada por uma rede de relações e tais relações, com ligações múltiplas que legitimam ações e reproduzem formas imaginárias, constituem uma “cultura institucional”, que por sua vez constitui sujeitos (Machado *et al.*, 1997). O trabalho inicial com o grupo foi entendido como um recorte que visava compreender ou refletir sobre a forma como se davam as relações na instituição e quais suas produções tanto nas funcionárias e funcionários, quanto nas crianças e famílias atendidas.

Havia uma demanda inicialmente protagonizada pela direção da instituição. E a demanda das cozinheiras? Havia demanda para a psicologia? Quais demandas seriam? A mesma da direção ou outras? A demanda sobre a realização de grupos com as cozinheiras foi levada às mesmas, ou seja, neste momento a psicóloga torna-se a protagonista e produtora desta demanda para o grupo de cozinheiras. No primeiro encontro, as cozinheiras trazem as suas próprias demandas, que inicialmente eram trabalhar seus conflitos internos.

Além deste grupo, a psicóloga realizava outras intervenções na instituição, tanto com as demais funcionárias e funcionários, assim como com as crianças e famílias. Participando do cotidiano da instituição, pode caracterizar as relações presentes na instituição: funcionárias e funcionários mantinham um relacionamento interpessoal de desconfiança, fofocas, acusações e discussões. Um dos temas presentes nestas discussões era as constantes faltas de funcionárias e funcionários, comprometendo e dificultando o trabalho diário com as crianças. Era um clima bastante desfavorável para a saúde da instituição, das próprias funcionárias e funcionários e, conseqüentemente, para o trabalho com as crianças.

Ao mesmo tempo, as cozinheiras começaram a trazer muitas dúvidas, críticas e sugestões quanto ao funcionamento da instituição, e foram estimuladas a buscar respostas junto à diretora, que acolhia e respondia às suas colocações. Este movimento do grupo da cozinha possibilitou um diagnóstico provisório sobre o que estava ocorrendo na instituição: não havia espaços de participação das funcionárias e funcionários para colocarem suas



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

expectativas, percepções, dúvidas e sugestões, sendo que os discursos circulavam entre corredores, potencializando conflitos sobre situações não encaminhadas. O conflito não estava apenas no grupo da cozinha, mas constituía uma forma de relacionar-se. Também pode-se compreender que a diretora, ao dizer que o grupo da cozinha tinha conflitos entre si e com os demais, não colocou o grupo de cozinheiras no papel do bode-expiatório da instituição, mas este era o único grupo que ela tinha livre acesso para encaminhar à psicóloga, sendo o encargo um pedido de ajuda para toda a instituição.

O diagnóstico provisório foi levado à direção e a estratégia de intervenção psicossocial foi a Gestão Participativa, com uma metodologia que possibilitasse um espaço de comunicação e integração de todas as funcionárias e funcionários da instituição. Assim, através da Gestão Participativa, buscava-se abrir um espaço para circulação de discursos, de “oxigenação” de discursos cristalizados, buscando a criação de novos discursos, mas flexíveis e geradores de mudanças (Machado *et al.*, 1997).

A Gestão Participativa era uma tática do diagnóstico provisório da análise institucional (Barembliit, 1996), mas também era um dispositivo para produzir autoanálise e a autogestão do grupo de funcionárias e funcionários, sendo que estes seriam envolvidos na construção de um diagnóstico definitivo e do planejamento da intervenção definitiva.

OBJETIVOS

Objetivo Geral

- Instituir um processo participativo, de interação, comunicação e confiança mútua entre as funcionárias e funcionários, visando ao estabelecimento de relações que produzam um ambiente de saúde na instituição e seus envolvidos.

Objetivos Específicos

- Produzir um espaço para circulação dos discursos presentes na instituição;
- Desenvolver habilidade de autoanálise e auto-organização no grupo funcional da instituição;



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

- Promover a participação e o protagonismo de todas as funcionárias e funcionários nas soluções e resultados da instituição, através de um canal de comunicação aberto entre os mesmos e a direção.

METODOLOGIA

A proposta da Gestão Participativa parte do entendimento de que todas as funcionárias e funcionários são importantes na sustentabilidade do trabalho diário com as crianças. Isto implica reconhecer que é através das relações interpessoais das funcionárias e funcionários que será promovido um ambiente saudável para a convivência e o pleno desenvolvimento das crianças.

Três aspectos centrais sustentam o processo da Gestão Participativa (Brose & Amaral, 2001):

1. **Tema / Informação:** as informações devem fluir em todos os sentidos e serem compartilhadas por todos.
2. **Grupo:** todas as funcionárias e funcionários são incluídos no processo participativo, que deve promover uma interação interdisciplinar e multissetorial com uma distribuição equitativa do poder. É a relação interpessoal do grupo que vai viabilizar a participação das funcionárias e funcionários e, portanto, o processo grupal também é foco da Gestão Participativa.
3. **Comunicação:** elemento central, que tem por objetivo promover a interação entre as diversas percepções e contribuições dos participantes, favorecer o relacionamento interpessoal e facilitar a construção de respostas coletivas, com as quais o grupo se identifique e se comprometa.

Como estratégia de desenvolvimento da Gestão Participativa, as trinta e seis funcionárias e funcionários eram divididos em três grupos, com uma média de doze participantes e com a representação de todos os setores de trabalho. O trabalho em pequenos grupos visava melhorar a produtividade e a dinâmica dos processos de discussão. O trabalho “face-a-face”, aumenta a interação e a confiança mútua entre as pessoas, e possibilita estabelecer uma discussão mais ampla e consistente das ideias (Brose & Amaral, 2001).



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Em todos os grupos, havia a participação da diretora, da psicóloga e do pastor. Os grupos eram um canal aberto de comunicação com a diretora da instituição, que tinha o papel de trazer informações ao grupo, abrir ou acolher discussões, e participar dos processos decisórios. A psicóloga e o pastor tinham o papel de facilitar o processo grupal, utilizando a metodologia do Grupo Operativo, que é um grupo centrado na tarefa, e tem por finalidade aprender a pensar em termos de solução das dificuldades manifestadas e criadas no campo grupal (Pichon-Rivière, 1986).

Uma vez por semana (quartas-feiras), durante uma hora (das 13:45 às 14:45), ocorria um grupo de Gestão Participativa. Deste modo, cada grupo se reunia com a periodicidade de vinte e um dias. A dinâmica de cada encontro dos grupos ocorria da seguinte forma:

1. Acolhimento (15 minutos): era o momento destinado à chegada dos participantes, à assinatura na lista de chamadas e à elaboração da pauta de discussão, construída por todos participantes. Os temas da pauta podiam ser dúvidas ou sugestões sobre o funcionamento da instituição, sentimentos referentes ao trabalho ou que estivessem interferindo neste, informações da direção para o grupo, ou propostas da direção para serem construídas com o grupo. “O assunto a ser discutido precisa estar claramente definido e organizado para que a discussão possa ser otimizada em torno dos interesses conjuntos” (Brose & Amaral, 2001, p.19).
2. Desenvolvimento da pauta (35 minutos): os conteúdos da pauta eram desenvolvidos pelos participantes e as informações definitivas eram registradas num caderno, do qual todas as funcionárias e funcionários tinham acesso. O grupo também era incentivado a expor valores, sentimentos e ideias que eram mobilizados nas discussões, pois além da tarefa, o nível sócio-emocional também era trabalhado. Como coloca Moscovici (2004), a interação no nível sócio-emocional favorece ou prejudica o andamento das tarefas, os resultados do trabalho conjunto e as relações interpessoais.
3. Avaliação do processo (10 minutos): ao final, o grupo avaliava o andamento e os resultados daquele encontro, em que cada participante trazia sua percepção e sentimento sobre aquele momento no e do grupo.

Além da avaliação do processo, ao final de cada ano, era feita a avaliação de resultados da Gestão Participativa (Marino, 2003). A partir destas avaliações, eram feitos relatórios sobre o desenvolvimento da Gestão Participativa, que eram apresentados às



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

funcionárias e funcionários, e eram norteadores às adequações da metodologia. Portanto, esta metodologia apresentada foi desenvolvida ao longo dos quatro anos da Gestão Participativa, havendo adequações e melhorias ao longo de seu processo.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Primeiro Ano

Nos primeiros encontros realizados, os grupos trabalharam seu contrato psicológico, medos e expectativas que tinham sobre o trabalho, sobre o próprio grupo, sobre a participação da diretora e sobre os facilitadores (psicóloga e pastor). Nos demais encontros, trabalharam sobre assuntos definidos pelos próprios grupos. Foram seis encontros com cada grupo. Na avaliação de resultados, os grupos destacaram:

- Funcionárias e funcionários perceberam a importância da responsabilidade e do comprometimento de cada um com a assiduidade no trabalho.
- Perceberam o peso da responsabilidade que a diretora tem para gerenciar as dificuldades enfrentadas com as funcionárias e funcionários que tinham excesso de faltas com ou sem justificativas.
- Criaram um calendário de agendamento de faltas justificadas, para evitar o excesso de faltas de funcionárias e funcionários num mesmo dia.
- Criaram um espaço de acolhimento para desabafos e apoio de angústias geradas na rotina do trabalho, produzindo maior confiança, afeto, respeito e integração entre os funcionários.
- Houve espaço de escuta dos diferentes valores, percepções e sentimentos existentes, o que gerou uma diminuição da fofoca.
- Maior satisfação das funcionárias e funcionários pela liberdade de expressão e esclarecimentos.
- Maior envolvimento das funcionárias e funcionários com o desenvolvimento da instituição.
- A diretora constituiu uma equipe – equipe de coordenação – com reuniões quinzenais, para lhe apoiar em sua gestão.



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

- Os grupos clarearam suas dúvidas quanto à estrutura da instituição e sua mantenedora, assim como sobre seus direitos trabalhistas e previstos no sindicato de sua classe.

Além destes resultados, o grupo também avaliou os aspectos negativos na Gestão Participativa, como a desconfiança ainda presente no relacionamento interpessoal e o excesso de discussões e críticas, tornando os encontros cansativos. Também exigiram maiores retornos sobre os temas discutidos.

Segundo Ano

No segundo ano, os três grupos da Gestão Participativa tiveram processos de desenvolvimento bem distintos um dos outros. O grupo 01 teve dificuldade de sair do contrato de convivência, sendo que o grupo passou trabalhando a questão da confiança durante todo primeiro semestre. Foi um grupo que viveu muitos atritos, sendo o porta-voz deste funcionamento dentro da instituição. Foi um processo sofrido, mas que possibilitou ao grupo aprender a enfrentar e resolver seus conflitos.

O grupo 02 foi um grupo que desde o início criou uma relação de confiança e conseguiu estabelecer um espaço de trocas, de acolhimento para colegas que estavam com dificuldades pessoais, assim como trazer dúvidas e sugestões para o melhor funcionamento da instituição. Foi um espaço de crescimento e convívio saudável para os membros deste grupo.

O grupo 03, constituído por um número significativo de antigos colaboradores, teve a característica de focar suas discussões na história da entidade, das mudanças que ocorreram ao longo dos anos e na busca de uma compreensão da atual situação, principalmente referente ao relacionamento entre os colaboradores e destes com a instituição. Os atritos existentes no grupo 01 mobilizaram muito este grupo, que exigia da direção uma postura mais firme frente aos conflitos existentes.

Apesar de todos os desafios enfrentados nos grupos, a diretora, a psicóloga e o pastor percebiam a importância do espaço da Gestão Participativa: os conflitos estavam explícitos e sendo gerenciados; havia um crescimento pessoal e interpessoal, pois os participantes estavam aprendendo a se expor com menor receio; houve uma maior conscientização do papel de cada trabalhador como um educador da e na instituição; houve maior comprometimento das funcionárias e funcionários com a entidade; houve maior



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

integração entre as funcionárias e funcionários de diferentes setores, gerando maior união e um ambiente de trabalho mais agradável. Esta percepção se confirmou com a pesquisa de avaliação, respondida pelas funcionárias e funcionários. Sobre as contribuições, mudanças ou melhorias que houve com os grupos da Gestão Participativa, destacou-se:

- 46% - Melhoria no relacionamento entre os colegas, maior integração.
- 35% - A possibilidade de as pessoas apresentarem suas opiniões e expressarem seus sentimentos.
- 31% - Esclarecimento de dúvidas e comunicação em relação à administração da instituição.
- 23% - Diminuição das conversas paralelas / fofocas.
- 15% - Não houve melhorias.

Além das mudanças na instituição, também foram levantadas as contribuições para o crescimento pessoal de cada um, sendo que a pesquisa de avaliação destacou:

- 35% - Maior capacidade para expressar pensamentos e sentimentos.
- 27% - Amizade e integração do grupo.
- 19% - Acolhimento do grupo.
- 19% - Crescimento pessoal.

Terceiro Ano

A avaliação da Gestão Participativa de 2005 foi realizada somente em fevereiro de 2006, após uma solicitação incisiva da psicóloga e somente 79% dos participantes devolveram o questionário de avaliação. Esta resistência em realizar a avaliação expressava algo do grupo. Apesar do levantamento trazer uma avaliação com maiores aspectos positivos, a diretora, funcionárias e funcionários tinham medo de enfrentar novamente os atritos vividos no grupo 01. Assim, no início do ano, a direção não se organizou para a retomada dos grupos e funcionárias e funcionários não demonstraram interesse.

Diante deste movimento espontâneo do grupo como um todo, a psicóloga adotou uma posição estratégica: neste ano não iria tomar a frente para organizar os grupos de Gestão Participativa, pois após dois anos de trabalho, a Gestão Participativa deveria ser um



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

trabalho da instituição e não do Serviço de Psicologia. Esta “não-iniciativa” era um dispositivo, uma nova estratégia de intervenção.

Ao longo do ano, na medida em que as dificuldades foram surgindo, tanto a direção quanto algumas funcionárias e funcionários perceberam a importância do espaço da Gestão Participativa para colocar as dúvidas, ansiedades e sugestões, buscar a integração do grupo, a solução de problemas em conjunto, assim como um espaço de comunicação e orientação da direção para o grupo de trabalhadores da instituição. Essa percepção foi amadurecendo e a cada reunião dos setores e seminário¹⁴, o pedido para o retorno dos grupos aparecia.

Além disso, mesmo não havendo os grupos específicos da Gestão Participativa, nos seminários internos, o espaço para funcionárias e funcionários participarem era aberto. Nestes momentos, percebia-se o crescimento que o grupo havia adquirido com os dois anos de trabalho, estando mais participativo, com iniciativa e voz ativa para questionar e sugerir.

Ao final do ano, o grupo como um todo já havia solicitado e definido que no ano seguinte os grupos da Gestão Participativa seriam retomados, sendo que agora o trabalho não era mais um instrumento do Serviço de Psicologia, mas um processo de participação da direção e dos colaboradores¹⁵ da instituição.

Quarto Ano:

Na primeira reunião do ano, a direção solicitou ao Serviço de Psicologia a organização dos grupos da Gestão Participativa para iniciarem as atividades ainda em fevereiro. Segundo a avaliação deste ano, destacaram-se os seguintes resultados:

- Diminuição da frequência das fofocas e melhor administração das mesmas, que estão sendo levadas aos grupos para clarear os “mal entendidos”. Os conflitos são resolvidos diretamente com os envolvidos.
- Hoje há um canal de comunicação aberto entre os setores e dos colaboradores com a direção.
- Os colaboradores entendem o porquê das decisões da direção, compreendendo as limitações existentes na instituição.

¹⁴ A instituição realizava seminários bimestrais, que ocorriam num dia de trabalho, visando à capacitação das funcionárias e funcionários. Neste dia as crianças não eram atendidas.

¹⁵ Neste ano, o organograma da instituição foi reordenado, optou-se a palavra “colaboradores” para denominar as funcionárias e funcionários da instituição. Mesmo não havendo os grupos da Gestão Participativa, a escolha foi feita de maneira participativa. Respeitando esta escolha, a partir deste momento, trabalhadoras e trabalhadores serão denominados de colaboradores.



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

- Os colaboradores efetivamente puderam participar com ideias novas e sugestões, o que trouxe valorização e estímulo, porque estão participando da administração de onde trabalham.
- Há um espaço para todos expressarem os seus sentimentos, o que traz alívio, apoio, união, compreensão, trocas e gera bem-estar.
- Os colaboradores estão aprendendo a se expressar, o que tem contribuído para o desenvolvimento pessoal e interpessoal.

Os resultados trazidos na avaliação dos colaboradores vão ao encontro da colocação de Brose (2001, p.27), em que um processo participativo *“também se justifica pelo componente afetivo, por fazer com que nos sintamos mais estimulados, mais seguros, mais confiantes, trabalhando em equipe. É a base da interação e confiança entre as pessoas e, assim, a sua autogestão”*. Por isso, no trabalho com a Gestão Participativa, a atenção não está centrada nos instrumentos, métodos e técnicas, mas naquilo que constitui a questão central da participação: o relacionamento pessoal e interpessoal dos colaboradores.

Além dos resultados levantados pelos colaboradores, a direção acrescentou outros resultados atingidos neste ano:

- Os setores trabalharam como equipes semi-autônomas, planejando, organizando e controlando seu trabalho diário, respondendo às suas coordenações.
- O setor de Higienização, que foi reestruturado, foi todo avaliado pelos grupos da Gestão Participativa.
- Para a organização do evento da Festa Junina, a diretora destacou a autonomia e o comprometimento dos colaboradores, que trabalharam como uma equipe autogerenciada.
- Houve uma significativa melhora na qualidade da relação entre educadores e famílias, resultado expresso nas avaliações das famílias e dos educadores. Este resultado trouxe como impacto uma maior participação das famílias em todos os eventos promovidos pela instituição: reuniões, festas, contribuições, participação nas atividades desenvolvidas com as crianças, apoio nas reuniões internas, etc.

Em outubro de 2007, a instituição recebeu o Prêmio Top Ser Humano da Associação Brasileira de Recursos Humanos (ABRH), com o case Gestão Participativa.



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Este Prêmio foi comemorado por todos os colaboradores da instituição, pois todos se sentiam parte daquela vitória, constando em seus discursos: “somos TOP”.

Neste ano, a filosofia da Gestão Participativa amadureceu, onde os colaboradores ascenderam a um outro nível de consciência, percebendo que cada um é parte integrante deste sistema vivo – a instituição – e contribui ativamente para o seu desempenho. Isto não quer dizer que o processo da Gestão Participativa está concluído e fechado, pois não é um fim, mas sim o caminho a ser trilhado diariamente por todos colaboradores da instituição. Moscovici (2004, p.87), traz claramente esta idéia:

“Isso não implica, necessariamente, que o grupo poderá tudo (onipotência) ou nunca mais enfrentará dificuldades. Crescer, no sentido que aqui damos termo, é ascender a outro nível de consciência, e significa que os membros deliberarão juntos, aprenderão e sofrerão juntos e, terão, por isso, condições maiores de auxiliar a empresa a realizar todo o seu potencial e expressar sua originalidade junto aos clientes.”

Ao final deste ano, a psicóloga se desliga da instituição, sendo que a Gestão Participativa teve continuidade por mais dois anos, quando a diretora aposentou-se e uma nova direção assumiu.

CONCLUSÕES

Três aspectos merecem ser destacados dentro da intervenção desenvolvida. O primeiro, parte do reconhecimento de que o campo de intervenção – relacionamento entre os colaboradores, desde a direção aos serviços gerais – foi possibilitado pela diretora. No trabalho da análise institucional em instituições educacionais, sejam elas da educação ou da assistência social, o campo de análise dos psicólogos é a instituição e não as crianças / alunos. No entanto, as intervenções ficam limitadas às crianças e suas famílias, e com avanços, aos educadores / professores (Machado *et al.*, 1997).

No momento em que a diretora abre este espaço para uma intervenção psicossocial, desafia, em primeiro lugar, a si própria, na medida em que esta tem que estar aberta para receber sugestões, mas também críticas, questionamentos e reivindicações, mediando situações de conflitos entre os colaboradores, e os dirigidos a ela própria. Neste contexto, é de suma importância que saiba criar um ambiente de confiança, escuta, estímulo e



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

objetividade, possibilitando a autenticidade de cada colaborador, sustentando o diálogo e o respeito às diferenças.

“A administração participativa, em primeiro lugar, é a substituição dos estilos tradicionais de administrar pessoas – autoritário, impositivo, indiferente, paternalista – por cooperação mútua, liderança, autonomia e responsabilidade. Informar, envolver, delegar, consultar e perguntar, em vez de mandar, são as palavras-chaves da administração participativa no que diz respeito ao comportamento dos administradores” (Serviço Brasileiro de Apoio às Micro e Pequenas Empresas [SEBRAE], 2004).

Um processo participativo implica num processo de aprendizagem mútua e pretende mudar comportamentos e atitudes (Brose, 2001). Assim, a mudança do perfil da diretora é um resultado significativo da Gestão Participativa, que aprendeu uma nova forma de administrar: “No sentido de deixar muitas questões, relativas à administração, mais claras. De pessoalmente ser mais firme em algumas situações e em outras ter mais tranquilidade – amenizar o jeito de falar” (depoimento da diretora da instituição, 2005).

A postura aberta e corajosa da diretora possibilitou o mesmo crescimento a todo grupo de colaboradores. Cada um, da sua forma, nas suas necessidades e no seu tempo, desenvolveu-se como pessoa e aprendeu novas formas de relacionar-se e trabalhar em grupo.

O segundo aspecto a ser destacado é que Gestão Participativa é um instrumento que aconteceu somente porque todos os colaboradores se abriram para o desafio de aprender e se relacionar, sendo um dos resultados mais significativos o processo de desenvolvimento pessoal de cada colaborador. Os grupos foram um espaço de aprendizagem e crescimento para todos que participaram. Neste sentido, o psicólogo sai do papel de “interventor-especialista” para propiciar ao coletivo o aumento de sua autonomia e empoderamento. Estabelece uma relação de horizontalidade, em que seu saber, sua capacidade e sua potência produtiva estão integrados ao movimento de autoanálise e autogestão da instituição, contribuindo, participando, mas também aprendendo (Barembliit, 1996).

E o terceiro aspecto a se destacar é a reafirmação de que através das relações interpessoais se promove um ambiente saudável para a convivência e o pleno desenvolvimento das crianças e suas famílias, sendo através do processo participativo, da



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

interação, comunicação e confiança mútua entre as pessoas, que a instituição e suas ações se fortaleceram.

REFERÊNCIAS

- Baremblit, G. (1996). *Compêndio de Análise Institucional e outras correntes – teoria e prática*. 3ªed. Rio de Janeiro : Rosa dos Ventos.
- Brose, M. & Amaral, A. V. (2001) *Metodologia participativa: uma introdução a 29 instrumentos*. Porto Alegre : Tomo Editorial.
- Machado, M. M., Souza, M. P. R. de, Kupfer, M. C. M., Souza, B. de P., Feller, C. C., Sayão, Y., Kalmus, J., Guarido, R. L. & Paparelli, R. (1997). *Psicologia escolar: em busca de novos rumos*. 3ª ed. São Paulo : Casa do Psicólogo.
- Marino, E. (2003) *Manual de avaliação de projetos sociais*. 2ª ed. São Paulo : Saraiva : Instituto Ayrton Senna.
- Moscovici, F. (2004) *Equipes dão certo: a multiplicação do talento humano*. 9ª ed. Rio de Janeiro : José Olympio.
- Pichon-Rivière, E. (1996) *O Processo Grupal*. São Paulo: Martins Fontes.
- Serviço Brasileiro de Apoio às Micro e Pequenas Empresas – Espírito Santo (2004). *Manual do Empresário - Gestão Participativa*. Recuperado em 26 de maio, 2011, de http://vix.sebraees.com.br/es/manualempresario/pag_imp_man_emp.asp?cod_assunto=95&ds_assunto=Gest%E3o%20Participativa&cod_grupo=8



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Humanização no contexto hospitalar: uma experiência de estágio

Karine Almeida Velasco ¹

Daiane Vargas ¹

Félix Guazina ¹

¹ Centro Universitário Franciscano (UNIFRA)

RESUMO

O presente trabalho teve como objetivo apresentar a importância da humanização hospitalar, a partir da realização de grupos e visitas em uma unidade de um hospital geral, no qual, nos fornecesse interação com familiares, paciente e a equipe. Essa proposta de humanização utilizando a intervenção de grupos permitiu proporcionar um amparo aos familiares e pacientes, como também, um auxílio à equipe que se encontrava presente durante visitas aos leitos. Este trabalho foi realizado como proposta de estágio em um hospital da cidade de Santa Maria, RS, na unidade de doenças crônicas, onde foi desenvolvido um trabalho com grupos operativos. Após o término desse trabalho podemos observar as possibilidades e impossibilidades de atuação do psicólogo. Como impossibilidade percebeu-se a dificuldade na inserção com a equipe e na disseminação de uma relação mais humanizada entre os demais profissionais, familiar e paciente. Por outro lado, a intervenção com grupos operativos nos proporcionou resultados bastante promissórios para o familiar e paciente, que foram muito receptivos e interativos com o grupo, sendo que, por vezes, necessitavam de atenção e serem escutados diante das adversidades enfrentadas. Sendo assim, acreditamos que seja possível a concretização de um trabalho mais humanizado nos hospitais à medida que se conquista confiança, espaço e respeito pela equipe, principalmente quando se constrói um trabalho mútuo, onde o paciente e seu familiar também sejam beneficiados.

Palavras-chave: Humanização hospitalar; Grupos operativos; Psicologia da saúde e hospitalar.

INTRODUÇÃO



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

A humanização hospitalar não visa apenas à melhora na relação da equipe profissional com os familiares, mas sim, envolve aspectos cognitivos, comportamentais, emocionais e físicos correspondentes a uma melhor eficácia do tratamento aos pacientes. A presença de o psicólogo no ambiente hospitalar possibilita, em primeiro lugar, a realização do trabalho multidisciplinar com vários profissionais e funcionários da área da saúde possibilitando uma melhoria na qualidade do atendimento e tratamento. E em segundo lugar, o olhar do psicólogo concentra-se na família e no paciente internado, levando em consideração sua subjetividade, individualidade e identidade e não apenas seu corpo físico. Visa ainda ajudar e amparar diante das circunstâncias em que se encontram como dificuldades na adaptação a um ambiente novo, na reabilitação, aceitação do tratamento, entre outros.

O presente trabalho teve como objetivo, a partir da realização de grupos operativos com familiares de pacientes internados, introduzir a importância dessa humanização hospitalar com familiares, pacientes e profissionais da área. Além de oferecer um amparo a esses familiares, se propõe mostrar o papel do psicólogo nesse contexto. Tais objetivos foram destinados para a efetuação da proposta de Estágio Básico II, do curso em graduação de Psicologia da UNIFRA, do qual contempla ações de desenvolvimento de grupos. Diante destas colocações, foi proposto o seguinte tema de estágio: o estabelecimento da humanização com familiares de pacientes internados em um hospital da cidade de Santa Maria, RS.

DESENVOLVIMENTO

A introdução da psicologia no contexto da saúde se sucedeu de uma forma histórica vinculada à medicina na busca de explicações sobre doenças mentais e psicossomáticas, além de ter influências no modelo de pensamento biológico e epistemológico que sustentam a postura do profissional diante dos fenômenos saúde - doença. As práticas psicológicas se assemelhavam ao modelo biomédico, pois estas focavam apenas o indivíduo e seus problemas, o meio onde este indivíduo vivia era pouco questionável ao tratamento. Quando a Psicologia adentra o contexto da saúde e hospitalar se percebe a necessidade de uma transposição do modelo de atendimento clínico para o espaço público.



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Nesse contexto, o profissional psicólogo deparou-se com a exigência de desenvolver habilidades que facilitassem o trabalho em equipe (MENEZES, 2009).

Dessa forma, introduz-se um trabalho que possibilite a integração de conhecimentos visando um melhor atendimento para o paciente, ou seja, um trabalho multidisciplinar, como referencia a autora supracitada de acordo com Giannotti (1995). Essa construção desenvolvida por esse autor consiste na ação de profissionais de diversas áreas, agregados em equipes de saúde objetivando de forma comum o estudo das interações “somatopsicossociais” e de métodos que possibilitem uma prática integradora focada na totalidade dos aspectos relacionados à saúde e doença do indivíduo.

A equipe multidisciplinar dentro de um contexto hospitalar tem como principal foco oferecer um atendimento no sentido de promover o bem-estar biopsicossocial do paciente e seu familiar. O aparecimento dessas práticas multidisciplinares surge com o intuito de “aliviar” a demanda que antes era feito por uma única pessoa, o médico, pois é inviável que uma única pessoa suporte todos os conhecimentos necessários para se fazer compreender as múltiplas situações que fazem parte da realidade hospitalar (FOSSI, 2004). Porém, com a inserção do psicólogo nos hospitais e nas equipes poderá ocorrer uma disputa pelo poder por parte da equipe médica. A autora anterior cita Martins (2003) que com a inserção do psicólogo nos hospitais, afeta a ordem de normatividade estabelecida pela Medicina que considera o médico como uma pessoa capaz de suprir todo o conhecimento necessário para curar o lado orgânico, físico e biológico do indivíduo. Entretanto, o psicólogo não se insere para uma disputa de poder, mas sim, amparar o usuário, a família e membros da equipe através da escuta, observação e intervenção.

O diálogo entre profissional da saúde, família e internado, por exemplo, deve receber uma atenção especial, pois pode beneficiar no restabelecimento do paciente caso contrário poderá sofrer com a hostilidade deste profissional. A partir disso, o psicólogo acaba por assumir o papel de mediador entre o médico, familiar e paciente. (FOSSI, 2004). A atuação da equipe de atendimento deve visar não apenas o paciente, mas também a família. A família é o apoio e a segurança para o internado, logo necessita que haja uma comunicação. Isso proporcionará um reequilíbrio funcional da estrutura familiar mesmo em situações de internação, uma diminuição das ansiedades alheias, presença de afeto, entre outros aspectos. Dessa forma, o olhar do profissional da saúde não deve centralizar



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

apenas no paciente, mas também a família que em muitos casos necessita também de cuidados (SCREMIM; ÀVILA, 2009).

A presença de o psicólogo no ambiente hospitalar se faz ainda pouco presente, porém a atuação destes profissionais não se cansa de demonstrar sua utilidade na hora de amparar uma família que passa por momentos de vulnerabilidade, diante do quadro clínico de saúde de um familiar. (LUSTOSA, 2007).

A humanização no contexto hospitalar permite que toda a equipe forneça atendimento ao paciente e seus familiares de uma forma integral, trabalhando na reparação dos danos físicos, lesões orgânicas e emocionais provocadas pela hospitalização. Nestes momentos, a psicologia torna-se uma importante aliada, com o intuito de minimizar o sofrimento, atuando com ações integradas para a prevenção de doenças, promoção do bem estar e manutenção da saúde tanto do paciente quanto da equipe. (SCREMIM; ÀVILA, 2009). Sendo assim, tais práticas contribuem para o processo de humanização que visa desconstruir o modelo biomédico para um olhar biopsicossocial de toda a equipe, ou seja, compreender o ser humano como íntegro e não apenas como um corpo e sua doença, que necessita de atenção e escuta para aquilo que está sentindo ((MORE, CREPALDI, GONÇALVES, MENEZES, 2009). O nosso intuito com este trabalho foi de estudar, analisar e problematizar a proposta de humanização, como também, um trabalho de cuidado e atenção às famílias. Humanização entendida como um espaço potente de trocas, de uma escuta ampliada e na construção de vínculos construtores de saúde.

OBJETIVOS

Objetivo geral

Estabelecer ou viabilizar a humanização no ambiente hospitalar, a partir de uma prática de estágio destinado a construção de um grupo no contexto do hospital.

Objetivos específicos

Entender as possíveis intervenções do psicólogo no contexto hospitalar.

Problematizar a prática de estágio.



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

MÉTODO

O estágio se desenvolveu em um hospital geral da cidade de Santa Maria, RS, na qual, realizou-se um trabalho com grupos operativos. Nesse trabalho focamos a humanização no contexto hospitalar com a equipe, assim como no amparo e ajuda ao familiar do paciente internado. Foi desenvolvido intervenção de grupos operativos abertos, ou seja, foi permitida a entrada semanal de vários familiares com seu familiar internado.

Seguindo o modelo operativo no trabalho em grupo, há o emprego de certas técnicas onde se segue um modelo didático interdisciplinar, de caráter acumulativo, utilizando métodos de investigação da ação ou investigação operativa. O principal objetivo dos grupos operativos é a capacidade de ajudar os participantes que possuem alguma situação em comum, considerando suas fragilidades perante o familiar que se encontra debilitado (PICHON-REVIÈRE, 1998). Os grupos operativos focam uma mobilização de questões estereotipadas e que podem ser mudadas, nas dificuldades de aprendizagem e comunicação, e trabalhar as ansiedades vividas pelos participantes. (PICHON-REVIÈRE, 1998).

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Diante dos resultados podemos classificar a atuação do psicólogo em dois eixos, por um lado temos as possibilidades desse trabalho e por outro as impossibilidades e dificuldades que encontramos no contexto hospitalar, juntamente com a proposta de humanização e o trabalho de intervenção com grupos operativos. A Psicologia da saúde e hospitalar é uma área que apresenta inúmeros desafios para o psicólogo, principalmente ter contribuído para o estopim da transição de uma Psicologia clínica para uma intervenção mais ampliada e humanizada (CANELA; MALDONADO, 2009). Logo que iniciamos nosso trabalho percebemos os desafios a serem superados, a começar pela equipe. A receptividade por parte da equipe foi mais “fria” e nossa inserção exigiu tempo e paciência, pois em alguns momentos quando entrávamos na sala da equipe poucos falavam conosco quando solicitávamos atenção ou nem falavam. Acreditamos que atitudes como esta pela equipe deve-se pelo fato de não estarem acostumados com a presença do psicólogo,



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

principalmente neste hospital geral, e também por talvez terem fantasiado que pudéssemos ocupar algum lugar já estabelecido pela equipe.

A dificuldade de comunicação dificultou nosso trabalho, tanto pela humanização quanto na realização dos grupos. Consideramos que no processo de humanização não houve êxito, diante de nossas expectativas de auxiliarmos a equipe em olhar o paciente num todo e não de forma fragmentada, de se sensibilizarem em ter uma escuta e atenção para aquele sujeito que está acamado necessitando de amparo, e também em integrarmos os demais profissionais que fazem parte da equipe. Porém conseguimos conquistar com alguns integrantes da equipe uma relação de coleguismo e confiança, principalmente no trabalho da Psicologia. No início quando entrávamos em um leito e tinha outro profissional da saúde atendendo um paciente, poucos nos cumprimentavam ou respeitavam nosso trabalho. Por vezes, a equipe tinha atitudes de sabotador em nossas visitas aos pacientes e familiares. À medida que fomos conquistando espaço neste ambiente e mostrando através de nossas intervenções o que a Psicologia tem a oferecer, a equipe foi minimizando a resistência e contribuindo para um trabalho mútuo e integral. Sendo assim, em alguns momentos estávamos acolhendo um paciente chegava outro profissional e contribuía com esse acolhimento, a partir de seus conhecimentos. O trabalho em equipe permite que os demais profissionais conheçam outras formações e experiências fornecendo respaldo fundamental para a melhor compreensão da causa. (MENEZES, 2009).

“O acolhimento é uma forma de intervenção muito importante, principalmente em ambientes hospitalares, pois é natural que o paciente e/ou familiar sinta-se desprotegido, mediante a situação de enfrentamento do tratamento. As sensações de abandono, medo, angústias em um ambiente hospitalar se desenvolve tanto com os pacientes internados quanto com os familiares. A sensação é de perda de identidade e apropriação de outra identidade que não lhe pertence que é a do hospital. Logo, quando o psicólogo aproxima-se do paciente e/ou familiar em forma de acolhimento, este sujeito sente-se visto por alguém que está enxergando sua aflição e direcionando atenção (...) (CANELLA, MALDONADO, 2009).”

Ainda nos detendo sobre a questão da impossibilidade, dificuldade e falta de comunicação, outro acontecimento que é merecido destacar é o difícil acesso a obtermos a sala para realização dos grupos operativos. Para conseguirmos ter a sala foi preciso a



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

intervenção do supervisor de estágio comparecer ao hospital para conversarmos com o profissional responsável pela unidade de doenças crônicas explicando a necessidade e importância para realizarmos um trabalho dentro dos princípios éticos. Esse profissional foi receptivo e compreendeu a importância do nosso trabalho, concedendo assim, a sala. Porém, mesmo já estando com a sala reservada com data e hora, tivemos que enfrentar algumas situações que consideramos constrangedoras.

Um importante aspecto em relação à figura do psicólogo no hospital é dar tempo para que os profissionais se acostumem com o que nosso trabalho tem a oferecer. (SCREMIN; ÀVILA, 2009).

Muitas vezes chegávamos à sala para arrumar antes de acontecer o grupo e nos deparávamos com a ocupação desta, isso gerava um desconforto por termos de pedir para as pessoas se retirarem e por dificultar a comunicação que já era precária.

Aos poucos fomos percebendo a possibilidade de atuação à medida que fomos conquistando espaço e a equipe foi se acostumando com a presença de psicólogos nos corredores de um hospital. Acreditamos que até as fantasias criadas com a nossa chegada foram se dissipando, a partir da nossa atuação e presença. Formulamos a estratégia de não atuarmos somente com o grupo, mas também, nas visitas que fazíamos aos leitos a fim de convidar os familiares para participarem do grupo. Nessas visitas tentávamos ficar mais próximos dos familiares, paciente e da equipe, com isso fomos estabelecendo reconhecimento entre as partes. Acreditamos que foi dessa forma que o trabalho do psicólogo no contexto hospitalar passou a ser compreendido, e nos fez perceber que o trabalho de humanização é uma tarefa árdua, mas não impossível.

Quando se trata de humanização no ambiente hospitalar estamos nos referindo que a equipe vise atender ao paciente e seus familiares de uma forma integral, trabalhando na reparação dos danos físicos, lesões orgânicas e emocionais provocadas pela hospitalização. Nestes momentos, a psicologia torna-se uma importante aliada, com o intuito de minimizar o sofrimento, atuando com ações integradas para a prevenção de doenças, promoção do bem estar e manutenção da saúde (SCREMIN; ÀVILA, 2009).

Na conquista de reconhecimento e espaço os grupos tornaram-se mais frequentes, justamente pelos familiares compreenderem nosso trabalho e a intenção que tínhamos na realização dos grupos. Além de valiosa oportunidade para desenvolver ações de educação em saúde junto aos familiares, o oferecimento das informações e orientações solicitadas,



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

por si só, exerce um efeito terapêutico sobre os participantes, tanto por criar um ambiente propício para o esclarecimento de dúvidas e obtenção das orientações necessárias, como por satisfazer suas necessidades de informações (OLIVEIRA, 2010).

Os grupos que se concretizaram foram intensos e muito participativos, tendo a presença dos familiares, como já previsto, mas também alguns pacientes que tinham condições também participaram. A estrutura do grupo era sempre a mesma, primeiro oferecíamos espaço para se apresentarem, e posteriormente sugeríamos uma dinâmica para o grupo realizar e o assunto era livre para o que necessitassem falar. Por vezes, a vontade de falar era tanta, devido à necessidade que tinham que começavam a compartilhar suas dificuldades com o grupo no momento da apresentação, e sempre os deixávamos bem à vontade. Ao final de cada grupo fazíamos o feedback como forma de reflexão, para que em outro momento, também pudessem refletir sobre a vivência que se submeteram.

Lidar com o sofrimento e angústia desses familiares é um desafio, mas ao mesmo tempo é gratificante constatar o alívio expressado em seus depoimentos pelo simples oferecimento de um espaço onde possam falar de seus sentimentos com a certeza de serem ouvidos e compreendidos. (OLIVEIRA, 2010).

Consideramos que esses dois eixos que determinamos dessa atuação, nos permitiram discutirmos sobre a visão que a equipe pode construir com a inserção do psicólogo no hospital, as dificuldades de comunicação e a forma como podemos ultrapassar tal obstáculo e as possibilidades de atuação que o psicólogo pode intervir no contexto hospitalar. Após a conclusão deste trabalho no hospital, refletimos sobre as outras possibilidades de comunicação que poderíamos ter criado junto com a equipe e que não requeresse um tempo desgastante. Ficamos a pensar sobre termos nos misturado mais com a equipe e termos conquistado o espaço dentro da equipe, e não, fora dela; ou termos ajudado a desconstruírem fantasias a cerca da figura do psicólogo, assim como, esclarecer nosso trabalho e função dentro da equipe.

Toda a vivencia durante essa atuação e proposta foi válida mesmo com nossas conquistas e desafios, pois tudo o que foi trabalhado servirá de experiência para futuras atuações.



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

CONCLUSÃO

Após intenso trabalho em dois meses e meio no hospital, compreendemos que a figura do psicólogo é fundamental para que este ampare a família na diminuição de sofrimento. Acreditamos que a partir da realização de um trabalho contemplando toda a equipe hospitalar, pode-se conseguir a implantação de um trabalho humanizado. O objetivo da Psicologia no hospital não é competir com outros profissionais, mas sim diminuir a distância que existe entre os profissionais, a família e o paciente, ajudando na comunicação de ambos.

É importante ressaltarmos que este trabalho não foi realizado de maneira fácil, pois enfrentamos muitas dificuldades desde nosso primeiro contato até a realização de grupos. Isso por que a figura do psicólogo é ainda tímida nesses locais, mas quando há atuação destes realiza-se um trabalho de amparo, acolhimento e compreensão perante não só familiar, mas a equipe. Apesar de toda a dificuldade, acreditamos que conseguimos realizar os nossos objetivos e não foi apenas com a concretização de grupos com os familiares, mas também tentando mostrar a possível interação entre os demais profissionais que trabalham na área hospitalar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- CANELLA, P; MALDONADO, M. T; **Recursos de relacionamento para profissionais de saúde : a boa comunicação com clientes e seus familiares em consultórios, ambulatórios e hospitais.** Ribeirão Preto, SP : Novo Conceito, 2009.
- FOSSI, L.B. **A psicologia hospitalar e as equipes multidisciplinares.** Rev. SBPH v.7 n.1 Rio de Janeiro jun. 2004.
- GIANOTTI, A. (1995). **A psicologia nas instituições médicas e hospitalares.** In M. F. P. Oliveira& S .M. C. Ismael (Orgs.) . Campinas: Papirus.
- LUSTOSA, M.A. **A família do paciente internado.** Rev. SBPH v.10 n.1 Rio de Janeiro jun. 2007.
- MENEZES, M. **Contribuições do pensamento sistêmico à prática do psicólogo no contexto hospitalar.** Psicol. estud. vol.14 no.3 Maringá jul./set. 2009.



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

MORE, C. L. O; CREPALDI, M. A; GONÇALVES, J. R; MENEZES, M. **Contribuições do pensamento sistêmico à prática do psicólogo no contexto hospitalar.** Psicologia em Estudo, Maringá, v. 14, n. 3, p. 465-473, jul./set. 2009.

OLIVEIRA, P.M.C. **Grupo de suporte como estratégia para acolhimento de familiares de pacientes em Unidade de Terapia Intensiva.** Rev. esc. enferm. USP vol.44 no.2 São Paulo jun. 2010.

PICHON-REVIÊRE, E. **O processo grupal.** São Paulo, SP : Martins Fontes, 1998.

SCREMIN, S.M; ÀVILA, R.C. **Alcance e limites do serviço de psicologia do hospital de pronto socorro de Canoas - deputado Nelson Marchezan.** Rev. SBPH v.12 n.1 Rio de Janeiro jun. 2009.





III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

**Identidade e representações sociais: interfaces e construções no adolescer com
HIV/Aids**

Vanessa Limana Berni ¹

Adriane Roso ¹

¹ Universidade Federal de Santa Maria (UFSM)

RESUMO

Este trabalho tem como objetivo apresentar aspectos da identidade de adolescer com HIV/aids ¹⁶, buscando evidenciar como estão associados a representações da aids. Participaram desse estudo duas adolescentes, ambas com 13 anos, que conhecem seu diagnóstico para o HIV e frequentam o Serviço de Doenças Infecciosas de um Hospital do interior do Rio Grande do Sul - Brasil. A pesquisa, de caráter qualitativo, usa como instrumento para coleta de informações, entrevistas semiestruturadas em profundidade. A compreensão das informações está baseada na Psicologia Social Crítica, especialmente na Teoria das Representações Sociais. Entre os resultados aponta-se para a vivência do adolescer muito próxima da adolescência comum. Sobre a vivência com HIV/aids revelam ter ficado surpresas e um pouco chateadas no momento da descoberta, porém o tratamento, indicado como principal mudança na rotina diária, tem possibilitado uma vida tranquila. Em relação à revelação do diagnóstico, representações negativas da aids emergem associadas ao medo e ao preconceito. Como conclusão, são destacadas as mudanças nas representações da aids, que acarretam em mudanças na sociedade, que por sua vez influenciam na construção de novas identidades face à doença.

Palavras-chave: Psicologia Social; HIV/aids; Adolescência; Representações Sociais.

¹⁶ Segundo Houaiss e Villar (2001), pode-se grafar, em língua portuguesa, a palavra de três formas: SIDA, AIDS e aids. Neste trabalho, opta-se pela terceira forma, que é tomada como substantivo que remete ao contexto da epidemia, não somente a sigla de uma doença. Grafia que vem sendo utilizada pelo Ministério da Saúde.



INTRODUÇÃO

Os adolescentes infectados pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) podem adquirir a experiência de se tornarem “pessoas - soropositivas” a partir da discursividade da cultura, das histórias narradas pela cultura a respeito do que seja a infância, a adolescência e a aids (Cruz, 2007). Isso quer dizer que o contexto social em que se está inserido, imbricado por diversas instituições e relações de poder, que produzem representações, é o principal responsável por atribuir sentidos ao fato de se viver com HIV/aids. Além disso, pode-se pensar que as representações sobre adolescência e aids produzidas nas interações humanas, também refletem na construção que se faz sobre si, logo, sobre a identidade.

Diante do desenvolvimento e distribuição gratuita de medicamentos antirretrovirais, além de outros elementos de promoção da saúde, muitas crianças que nasceram de mulheres que tem HIV estão chegando à adolescência. Fato este, percebido no Serviço de Doenças Infecciosas de um hospital do interior do estado do Rio Grande do Sul – Brasil, onde, atualmente, junto às crianças expostas ao HIV ou em tratamento antirretroviral, começa a emergir a presença de crianças maiores e, também, adolescentes. Estes são, em maioria, os que começaram seu atendimento no final da década de 90, e por ali permanecem, crescem e dão a prova de que o tratamento está sendo promissor. São justamente essas crianças que chegam à adolescência que são foco do estudo em questão, o qual busca apresentar aspectos da identidade de adolecer com HIV, fazendo uma interlocução com as representações da aids.

Assim, apresenta-se a seguir um esboço sobre a interrelação entre identidade e representações sociais, de modo a melhor compreender como esses “fenômenos” interagem em pessoas que tem HIV/aids. Logo, se expõe os objetivos deste estudo, o delineamento e os instrumentos utilizados, para então apresentar os resultados e as discussões sobre a questão levantada.

DESENVOLVIMENTO

A Teoria, ou a perspectiva, das Representações Sociais, no Brasil, tem sido bastante utilizada, especialmente na última década, na tentativa de melhor entender a realidade



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

social brasileira e, então, propor melhorias na intervenção sobre questões complexas que atravessam a sociedade (Jodelet, 2011). Azevedo, Fonseca, Coutinho e Saldanha (2006) consideram as representações sociais de importância relevante na compreensão de aspectos psicossocioculturais que permeiam o processo saúde/doença e as práticas sociais relativas ao mesmo, bem como pelos atos de comunicação social e fenômenos coletivos que contribuem para a formação de condutas e de normas que regem o pensamento social. Neste trabalho, utiliza-se das representações sociais, enquanto perspectiva ou enfoque teórico, a qual considera que mais importante que estudar como as pessoas representam ou conceituam um dado objeto, é refletir sobre como elas interagem com esse objeto e seus impactos na vida, ou como se organizam para enfrentar uma situação de conflito (Banckes, 2007).

As pessoas se defrontam, mesmo que não tenham consciência disso, cotidianamente com representações de diferentes “fenômenos”. Duveen (1995) diz que desde o nascimento, a criança está imersa em um mundo já estruturado por representações sociais próprias de sua comunidade, sendo isto “que lhe garante a tomada de um lugar em um conjunto sistemático de relações e práticas sociais” (p. 265). No caso de crianças que nascem com HIV/aids, questiona-se como as representações sociais dessa doença podem interagir na construção de suas identidades, visto que muitas representações foram construídas social e historicamente em torno dessa epidemia, estando seus reflexos ainda presentes na sociedade atual.

Identidade, tal como é entendida aqui, refere-se ao produto-produção oriundo das relações dialéticas entre indivíduo-sociedade. Identidade não é uma escolha individual ou uma essência, pois ela nasce do processo de interação com o contexto social e é um reflexo da organização sócio-política (Berger & Luckman, 1985; Rust, 1993). Por isso, entende-se identidade como metamorfose (Ciampa, 1985), uma vez que se trata de um processo dinâmico e ininterrupto que acontece nas interrelações sociais, (re)construindo-se conforme o contexto.

As representações sociais, da mesma forma, também são construídas por processos dinâmicos e dialéticos, uma vez que são originadas na vida cotidiana no desenvolvimento de comunicações interpessoais (Moscovici, 2003). Isto permite uma aproximação entre identidade e representações sociais, como confirma Banckes (2007) ao dizer que a identidade social está estritamente vinculada com as representações sociais, sendo que



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

“transformações nas representações do mundo correm paralelas às transformações na identidade social” (p. 286).

Na medida em que a pessoa convive com determinadas representações, que podem estar enraizadas em reuniões públicas, nos cafés, nas ruas, nos meios de comunicação, nas instituições, pois estes são espaços em que elas se propagam, se cristalizam e são transmitidas (Jovchelovitch, 2000), ela (pessoa) vai gradualmente internalizando-as. Logo, ela passa a identificar-se com essas representações, e, então, a agir e tomar decisões a partir das concepções que elabora. Duveen (1995) afirma, inclusive, que “sejam quais forem as representações internalizadas, elas estão entrelaçadas aos processos de construção de identidade” (p. 266).

Ao se aproximar do objeto de estudo desse trabalho – a construção da identidade em adolescentes infectados pelo HIV a partir da transmissão vertical – entende-se a adolescência também enquanto um processo, que está envolto por inúmeros elementos que se relacionam e entrecruzam-se, como as transformações no corpo, o desejo sexual, a sexualidade, a reprodução, o autoconceito, etc. Para os jovens que vivem com HIV/aids a formação da identidade ultrapassa as descobertas e transformações da adolescência geral, na medida em que o adolescente tem de se deparar com seu diagnóstico e conviver com essa doença que, além de crônica, é permeada por estigmas, medos e incertezas quanto ao futuro (Spinardi, Machado, Sant’Anna, Passarelli, & Coates, 2008).

Nesse sentido, é que se considera importante refletir sobre a construção de identidade na interrelação com as representações sociais internalizadas da aids, a fim de se observar como os adolescentes vêm sendo percebidos, isto é, representados. Isto porque muitos comportamentos e reações do adolescente podem ser considerados resultado das representações que ele constrói sobre si, mas que, de certo modo, foram influenciados pela representação que os outros fazem dele e/ou de sua doença.

Para uma melhor compreensão, as discussões acerca dos resultados do estudo serão conduzidas a luz da Psicologia Social Crítica, fazendo-se uso especialmente da perspectiva teórica das Representações Sociais (Moscovici, 2003); além da produção teórica de outros estudos já realizados sobre adolescência e HIV/aids, de modo a auxiliar a explorar o campo em investigação. Entretanto, antes dessa discussão, são apresentados os objetivos e delineamentos da pesquisa.



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

OBJETIVOS

Diante das considerações acima descritas, tem-se como objetivo desse trabalho apresentar aspectos da identidade do adolescer com HIV/aids, buscando evidenciar como estão associados a representações da aids, enunciados por duas adolescentes infectadas pelo HIV a partir da transmissão vertical.

METODOLOGIA

Esta pesquisa faz uso de uma metodologia qualitativa, de modo a entender como esses elementos contribuem na maneira de ser e agir das pessoas. Diante do objetivo de conhecer e compreender aspectos da identidade de adolescentes infectados pelo HIV, a partir da transmissão vertical, utiliza-se como instrumento de coleta de informações a entrevista semiestruturada individual em profundidade. Para a condução desta, foi elaborado um roteiro de entrevista com questões norteadoras, visando responder os fins e objetivos da pesquisa.

Na pesquisa em questão¹⁷ as entrevistas foram conduzidas por profissionais capacitados e com experiência com o instrumento, o que possibilitou maior tranquilidade na abordagem. Quanto aos entrevistados, eram critérios para participar da pesquisa ser adolescente com diagnóstico positivo para HIV – transmissão vertical –, idade variando de 10 a 14 anos, conhecer sua condição sorológica, bem como estar frequentando o serviço de doenças infecciosas de um hospital do interior do Rio Grande do Sul. Procedimentos éticos foram adotados, mediante explicação sobre os objetivos e fins da pesquisa, e então, assinatura dos termos de consentimento (pelos familiares/cuidadores) e de assentimento (pelos adolescentes).

As entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra pelo próprio entrevistador e, após, realizada a interpretação das informações. A interpretação do conjunto de informações toma como base a Psicologia Social Crítica, apoiando-se especialmente na

¹⁷ Destaca-se que o trabalho aqui apresentado responde a uma parte qualitativa de um amplo projeto de pesquisa intitulado “Corpos positivos: um estudo sobre identidade e representações de pré-adolescentes em tempos de aids”, tendo sido aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Santa Maria, sob o CAAE 0139.0.243.000-10.



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

perspectiva teórica das Representações Sociais (Moscovici, 2003), além de utilizar o corpo teórico de estudos que enfocam as temáticas referentes ao HIV/aids e adolescência.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nesse espaço, faz-se a discussão das informações emergentes a partir da realização de entrevistas em profundidade realizadas com duas adolescentes, que serão chamadas ficticiamente de Rosa e Bela, ambas com 13 anos. Ressalta-se que, nesse trabalho, são elencados pontos principais de suas falas, acreditando-se serem pertinentes para a melhor compreensão de como a experiência de viver com HIV tem influenciado na construção da identidade.

Um das questões centrais da entrevista referia-se a construção da identidade do adolescente com HIV/aids, em que se esperava conhecer como esses adolescentes percebem-se e representam-se. Diante do convite a falar sobre como se veem, percebia-se uma dificuldade por parte das entrevistadas em o que falar, que eram amenizados pela entrevistadora ao dizer que poderiam falar sobre aspectos gerais. A seguir, algumas representações que surgiram, não só em função da pergunta, mas no decorrer de toda a entrevista:

Normal...normal, como qualquer outro adolescente..., pré-adolescente. (...). Passo a maior parte do tempo brincando, assim conversando, não fico triste..., tanto, tanto assim (Rosa, 13 anos).

Eu sô bem amigona, bem... às vezes extrovertida, às vez séria demais, depende da situação. Ah,...gosto de ri bastante, amo ri, me diverti...é assim que eu me vejo (Bela, 13 anos).

Porque eu sô uma pessoa que gosta bastante de estudá, bastante de lê (Bela, 13 anos).

Nessas falas pode-se perceber que as duas adolescentes conseguiram expressar sobre suas identidades, embora utilizando-se de diferentes elementos para contar como se sentem e se veem. Suas identidades são expressas a partir de sentimentos, ações, maneira de se relacionar, entre outras. De acordo com Jacques (1998), sim, a identidade refere-se a um “conjunto de traços, de imagens, de sentimentos que o indivíduo reconhece como fazendo parte dele próprio” (pp.159-160). A identidade, então, se configuraria como um conjunto de características e representações que o indivíduo pensa e sente ter, seja



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

individualmente ou em relação aos grupos que pertence. Partindo-se da ideia de Banckes (2007) de que a pessoa “tenta ver a si mesma a partir da perspectiva que os outros a veem” (p. 285), tem-se algumas expressões que mostram como as adolescentes entrevistadas pensam serem vistas pelos outros como “normais” e da mesma maneira como elas se veem. Suas falas também revelam uma proximidade entre a forma como se percebem vistas e a imagem que constroem de si. Elas, inclusive, começam projetando um olhar sobre si a partir do outro, mas logo passam a falar em primeira pessoa.

Para poder entender como a expressão dessas identidades se relacionam com o fato de viver com HIV/aids, passa-se a descrever como Rosa e Bela descobriram ter o vírus e o que esse fato suscitou em suas vidas. Assim, consegue-se visualizar algumas representações sobre o significado da doença.

Bela conta que, quando estava morando com sua mãe biológica, fez o tratamento até 2004, quando estava com cinco anos. Depois disso, sua mãe não a levou mais às consultas e só no final de 2006 Bela continua o tratamento quando sua avó paterna consegue sua guarda, em função da situação de negligência de cuidados que Bela vivenciava. A adolescente conta que nesse período de dois anos que ficou sem tratamento teve seu estado de saúde agravado e, mesmo com o retorno ao tratamento, ela descobre sobre seu diagnóstico “depois, em 2008, fui saber, depois de um ano e meio, por aí” (Bela, 13 anos).

O caso de Rosa é um pouco diferente, pois ela inicia o tratamento junto com a descoberta de ser soropositiva e também de ser adotada. Tudo isso aconteceu no “ano retrasado [2010]. (...). Porque eu internei no hospital com pontada, daí eu fiz um monte de exame, daí constatô que eu tinha o vírus, daí, desde então, eu vim fazê o tratamento aqui” (Rosa, 13 anos). Esse momento foi considerado por Rosa como “chato” e como um “presente da mãe biológica”.

Diante de suas expressões, é possível sinalizar representações ligadas num primeiro momento à surpresa e incômodo de descobrir-se soropositiva para o HIV, mas que depois se desdobra em aceitação e necessidade de fazer o tratamento, com a perspectiva de continuar vivendo “normalmente”. Barreto (2011) revela haver divergências de representações entre adolescentes que foram infectados pelo HIV por transmissão vertical daqueles que contraíram o vírus por relação sexual. No primeiro grupo permeiam representações ligadas à aceitação e conformação da doença, sendo o tratamento



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

considerado importante e relacionado ao cuidado à saúde e à imunodeficiência. Já no segundo grupo, as evidências são de representações associadas à morte, medo, sofrimento e dificuldades na vivência da sexualidade (Barreto, 2011).

Outra representação que tem sido relacionada ao grupo de crianças e adolescentes infectadas por transmissão vertical é a de “vítimas” da aids; o que permite que sejam menos culpabilizados e sofram menos preconceito da sociedade em geral (Wiener & Battles, 2006, citados em Barreto, 2011). Representação essa que parece ser parcialmente internalizada por Bela ao falar dos significados de viver com HIV.

Diz-se parcialmente porque, assim como Rosa descreve uma “normalização” de sua identidade, Bela também tenta enfatizar uma vida tranquila face à doença. Entretanto, quando se aborda a revelação do diagnóstico a outras pessoas, percebe-se, então, que as representações se relacionam a sentimentos de medo e sofrimento oriundos do preconceito da doença, ainda presente na sociedade; aspectos também sinalizados por Barreto (2011) e que foram exemplificados por Rosa e Bela:

[Quando uma pessoa conta que tem HIV é importante] fala que isso não é coisa de outro mundo, que tem tratamento, mas pra mim fala que eu tenho, tipo pra essa outra pessoa, só se ela seja muito próxima e eu tenha muita confiança nela, senão eu vô tentá confortá como se eu não tivesse (Rosa, 13 anos).

Quando uma pessoa conta que ela tem HIV? (pensa) Não sei, é que hoje em dia as pessoas são muito preconceituosas, então se eu disser pra alguém “Ah, eu tenho HIV” muitos vão saí correndo e nunca mais vão querê chegá perto de mim. Então, eu não sei, assim, quando eu vejo alguém falando, dizendo abertamente “oh, eu tenho HIV” eu acho um ato de coragem aquilo, porque sabendo como é a sociedade hoje em dia (Bela, 13 anos).

Diante de suas falas, pode-se observar que Rosa e Bela amenizam seus sentimentos de medo e insegurança de serem excluídas do convívio social, escondendo o seu diagnóstico. As meninas optam por não compartilhar sua situação diagnóstica com ninguém que não seja do círculo familiar.

Como tentativa de enfrentar à exclusão, percebe-se especialmente em Rosa um disfarce de sua identidade, ou construção de uma nova, quando demonstra-se diferente da forma como se vê e se sente. Ou seja, mesmo que os sentimentos que experiênciam, em relação à doença, sejam negativos, a imagem que projeta de si é de alguém “normal”.



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Enquanto representação positiva, nota-se a emergência de uma representação de vida, que substitui a de morte, e pode ser decorrência da eficácia do tratamento. As adolescentes Bela e Rosa são enfáticas ao relatarem planos e desejos muito otimistas para o futuro, demonstrando, assim, como diz Bela, que: “eu sô uma menina apenas de 13 anos, que tem muita coisa pra viver pela frente” (Bela, 13 anos).

CONCLUSÃO

O exposto nesse trabalho representa uma tentativa inicial de se compreender como as identidades de adolescentes que vivem com HIV/aids podem sofrer influências das representações da doença. Investigações como essa merecem maiores aprofundamentos; porém aqui já se pode perceber a expressão de identidades, exemplificadas a partir das ações, modos de ser, fazer e ver-se, bastante semelhante a de adolescentes sem a doença. A maior mudança percebida por Bela e Rosa ao descobrirem-se portadoras do HIV está na necessidade de fazer o tratamento, mas que é visto como essencial para poder fazer “o que todo mundo faz”, e ter uma vida tranquila. O que ainda é fonte de sofrimento e preocupação é o medo de que ao serem descobertas em sua sorologia positiva para o HIV venham a sofrer preconceitos e até sejam afastadas do convívio social. Assim, o caminho é não contar para ninguém sobre o diagnóstico, que não sejam pessoas da família.

REFERÊNCIAS

- Azevedo, R. L., Fonseca, A. A., Coutinho, M. da P. L., & Saldanha, A. A. W. (2006). Representações sociais da adolescente feminina acerca da sexualidade em tempo de aids. *DST – J bras Doenças Sex Transm*, 18(3), 204-210.
- Banckes, M. A. (2007). Representações Sociais e Trabalho comunitário: seu estudo a partir de uma perspectiva etnográfica. In A. S. P. Moreira & B. V. Camargo (Org.), *Contribuições para a teoria e o método de estudo das Representações Sociais* (pp. 269-295). João Pessoa: Editora Universitária.
- Barreto, M. M. M. (2011). *As formas de transmissão do HIV/AIDS determinando representações: um estudo de enfermagem entre adolescentes soropositivos*.



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Dissertação de Mestrado em Enfermagem, Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

- Berger, P. L., & Luckman, T. (1985). *A construção social da realidade*. Petrópolis: Vozes.
- Ciampa, A. da C. (1985). Identidade. In S. T. M. Lane & W. Codo (Orgs.), *Psicologia Social: O homem em movimento* (3a ed., pp. 58-75). São Paulo, SP: Editora Brasiliense S.A.
- Cruz, E. F. (2007, dezembro). Infâncias, Adolescências e AIDS. *Educação em Revista*, 46, 363-384.
- Duveen, G. (1995). Crianças enquanto atores sociais: as Representações Sociais em desenvolvimento. In P. A. Guareschi & S. Jovchelovitch (Orgs.), *Texto em Representações Sociais* (2a ed., pp. 261-293). Petrópolis: Vozes.
- Houaiss, A., & Villar, M. (2001). *Dicionário Houaiss de Língua Portuguesa*. Rio de Janeiro: Objetiva.
- Jacques, M. G. C. (1998). Identidade. In M. N. Strey, M. G. C. Jacques, M. G. Bernardes, P. A. Guareschi, S. A. Carlos & T. M. G. Fonseca (Org.), *Psicologia Social Contemporânea: livro texto* (pp. 159-167). Petrópolis: Vozes.
- Jovchelovitch, S. (2000). *Representações sociais e esfera pública: a construção simbólica dos espaços públicos no Brasil*. Petrópolis: Vozes.
- Jodelet, D. (2011). Ponto de Vista: Sobre o movimento das representações sociais na comunidade científica brasileira. *Temas em Psicologia*, 19(1), 19 – 26.
- Moscovici, S. (2003). *Representações Sociais: investigações em psicologia social*. Petrópolis: Vozes.
- Rust, P. C. (1993). ‘Coming out’ in the age of social constructionism: sexual identity formation among lesbian and bisexual women. *Gender and Society*, 7(1), 50-77.
- Spinardi, J. R., Machado, J. K. C., Sant’Anna, M. J. C., Passarelli, M. L. B., & Coates, V. (2008, julho). Adolescer com HIV: Saber, Conhecer e Conviver. *Adolescência & Saúde*, 5(2), 07-14.



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Interdisciplinaridade no contexto hospitalar: a inserção do psicólogo

Ângela Barbieri ¹

Gabriela Oliveira Guerra ¹

Priscila Ferreira Friggi ¹

Alberto Manuel Quintana ¹

¹ Universidade Federal de Santa Maria (UFSM)

RESUMO

A instituição hospitalar pública está inserida na lógica dos princípios do Sistema Único de Saúde brasileiro, dispostos na lei 8.080 (1990), dentre os quais estão a universalidade do acesso, a integralidade e a equidade na assistência. Atualmente, as discussões se dirigem sobre as transformações do modelo tecnoassistencial para a saúde, tradicionalmente hospitalocêntrico, visando uma reformulação do lugar do hospital no sistema de saúde e o estabelecimento de um novo modelo, centrado no usuário e objetivando a integralidade do cuidado, a autonomia, a humanização da assistência e ações interdisciplinares articuladas em redes. Deste modo, o presente artigo tem como objetivo situar a atuação do psicólogo dentro do contexto hospitalar e vincular sua prática ao trabalho interdisciplinar, através de um estudo de cunho bibliográfico. Os achados revelam que uma das grandes colaborações do psicólogo nesse contexto é fazer a equipe reconhecer valor nos dados, nas informações e nas manifestações emitidas pelos pacientes internados e que, a primeira vista, são interpretadas como irrelevantes ou contrárias aos ideais de cura e tratamento decididos pela equipe, num lugar onde a queixa orgânica sobrepõe-se à subjetividade.

Palavras- chave: interdisciplinaridade; integralidade do cuidado; psicologia e contexto hospitalar.

INTRODUÇÃO



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

A instituição hospitalar pública está inserida na lógica dos princípios do Sistema Único de Saúde brasileiro, dispostos na lei 8.080 (1990), dentre os quais estão a universalidade do acesso, a integralidade e a equidade na assistência. Atualmente, as discussões se dirigem sobre as transformações do modelo tecnoassistencial para a saúde, tradicionalmente hospitalocêntrico, centrado na figura do médico e nos procedimentos, rotinas e condutas guiadas por esta lógica. Nesse sentido, as mudanças visam uma reformulação do lugar do hospital no sistema de saúde e o estabelecimento de um novo modelo, centrado no usuário e fundamentado em diretrizes e dispositivos que objetivam a integralidade do cuidado, a autonomia, a humanização da assistência e ações interdisciplinares articuladas em redes.

Ainda dentro da proposta deste novo modelo, está a reorganização dos processos de trabalho sob a ótica dos conceitos da clínica ampliada, cujo cuidado em saúde é realizado por equipes interdisciplinares, a fim de proporcionar uma atenção integral aos usuários, de acordo com suas particularidades. Visando a alteração dessa ordenação clínica e política, novas questões e intervenções são demandadas às práticas efetuadas dentro do universo hospitalar, abrindo espaço para um campo que inclui novos saberes e profissões, deslocando o processo de trabalho até então centrado na figura do médico. As práticas sobre o corpo doente são ampliadas na direção do trabalho coletivo, com a inclusão de novas profissões e o foco se desloca da doença para a figura do doente, ou seja, para o sujeito.

OBJETIVOS

O presente artigo tem como objetivo situar a atuação do psicólogo dentro do contexto hospitalar e vincular sua prática ao trabalho interdisciplinar, tão importante quando se fala na inserção deste profissional em instituições de saúde.

MÉTODO



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

A pesquisa utilizada para atingir os objetivos do presente artigo caracterizou-se por um estudo bibliográfico, que segundo Lakatos e Marconi (2001) pode ser considerada uma etapa para qualquer tipo de pesquisa. Gil (2002) complementa que a pesquisa bibliográfica permite uma gama de fenômenos muito maior do que se o pesquisador fosse diretamente. Essa gama é levantada através de materiais já elaborados e publicados, como livros, artigos de periódicos e também fontes disponibilizadas pela internet. O interesse em pesquisar este assunto deu-se em razão das autoras desse trabalho terem sua prática profissional vinculada ao contexto hospitalar.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Cecílio e Merhy (2003) descrevem a atenção integral no hospital como o esforço de uma abordagem completa, por isso integral, de cada pessoa que possui necessidades de saúde e que precise de cuidados hospitalares em um período de sua vida, sendo esses cuidados, por sua natureza, fundamentalmente multidisciplinares. Para os autores, o modo tradicional de se pensar o hospital dentro do sistema de saúde é como referência em situações de maior complexidade e gravidade, em urgências ou emergências, as quais ainda funcionam na base da queixa-conduta, tendo como resultado uma clínica reducionista e simplificadora do processo saúde-doença. Para mudar esse modelo se faz necessário a construção de pontes entre as lógicas das profissões, através do diálogo, com canais de comunicação mais definidos, para que o hospital possa ser visto como sendo uma das estações de uma intrincada rede de cuidados articulada.

De acordo com Cecílio e Feuerwerker (2009), atualmente o trabalho em saúde no hospital depende da conjugação de vários fatores. É uma organização complexa, envolvendo vários interesses e que ocupa um lugar controverso e crítico quando se refere à prestação de serviços de saúde e com o papel adicional de ser um local de formação profissional de grande reconhecimento social. Podemos perceber que este debate congrega inúmeros elementos, cujos desdobramentos são importantes para os atores que participam desse cenário e que envolve as expectativas de gestores e usuários quanto sua qualidade, integralidade, eficiência e controle de custos. Assim, discute-se tanto no seu papel de caráter público quanto na dimensão privada, as características da produção de cuidado,



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

questões relacionadas à institucionalização das práticas de saúde, a perda de controle sobre os meios de trabalho, a crescente especialização profissional e incorporação de novas tecnologias. Esses fatores têm desencadeado um empobrecimento dos aspectos intersubjetivos das relações profissionais-usuários.

O cuidado no contexto hospitalar, de natureza multidisciplinar, é resultado da conjugação de diversos profissionais e a atenção integral configura-se como uma abordagem completa e holística de cada sujeito com necessidades de saúde que precise de cuidados hospitalares em algum momento de sua vida. Caracteriza-se como uma combinação de tecnologias e humanização, baseando-se nas necessidades singulares de cada usuário (MERHY, 2002). É através do cuidado integral que a pessoa é compreendida na sua totalidade e são considerados os aspectos biológicos, psicológicos e socioculturais, apresentando, mesmo na dimensão individual, um caráter completo (MERHY e CECÍLIO, 2003).

A despeito disso, o cenário multiprofissional permite a entrada de psicólogos e psicanalistas que, até recentemente, não eram pensados como profissionais que poderiam compor as equipes e auxiliar nos serviços de saúde realizados neste contexto.

Conforme Ribeiro (2011, p.30):

Sabemos que, no exercício da clínica, nossa posição não pode ser confundida, ou estar associada, a saberes sobre a cura, ou a ações assistenciais. Mas, sabemos também que, muitas vezes, a possibilidade de sustentação da relação clínica depende da intervenção de profissionais de outros campos. A questão que se coloca é a de como articular essas intervenções sem reificar o fracionamento do sujeito, enquanto portador de sofrimento psíquico, de patologias orgânicas e de vulnerabilidades e riscos sociais.

No hospital, a demanda pelo trabalho “psi” apresenta-se na forma de diversas solicitações que apresentam em comum a construção de uma representação imaginária sobre o trabalho dos profissionais do campo psicológico. Essa perspectiva congrega a idéia de que os mesmos são chamados para conduzir intervenções que favoreçam o tratamento, ou seja, sua prática visa destituir os entraves subjetivos para a efetivação dos procedimentos definidos pela equipe de saúde. Assim, toda e qualquer manifestação do paciente que se mostra como um limite aos ideais terapêuticos e de funcionamento



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

institucional é vista como resistência do paciente ao tratamento, sendo motivo para indicar o trabalho deste profissional.

O objetivo principal da psicologia hospitalar, segundo Angerami-Camon (1984) é o de minimizar o sofrimento provocado pela hospitalização. O psicólogo precisa ter claro que sua atuação no contexto terapêutico hospitalar não é representada pela psicoterapia dentro dos moldes do chamado *setting* terapêutico, até porque não o possui tão definido e preciso.

Com relação ao local de atuação profissional, nota-se algumas peculiaridades no *setting*, tais como a falta de privacidade, interrupções freqüentes, altas inesperadas, etc. Assim, é necessária certa flexibilidade, sensibilidade e capacidade de adaptação. O tempo de duração de um atendimento também não será definido pelo terapeuta, mas sim pelo estado de saúde do paciente e de sua capacidade de manter sua atenção focalizada. Cabe ao terapeuta estar atento ao nível de fadiga e desconforto que o paciente manifesta. É importante ressaltar ainda que são raros os casos em que o paciente procura atendimento espontaneamente- como acontece em consultórios - geralmente são os médicos ou enfermeiros que os encaminham ao serviço de psicologia (PENNA,1997).

Cotidianamente, os psicólogos e psicanalistas são chamados a fazer o paciente aderir ao tratamento, colaborar na obediência às rotinas e às orientações, para fazê-lo acalmar-se, para dizer algo que não se consegue dizer - “más notícias”. Também são procurados em momentos de crises subjetivas, muitas vezes causadas pela situação de internação, quando o sujeito não sabe pelo que esperar. Evidentemente não se trata aqui de negar a preocupação da equipe médica, dos familiares com relação às situações que interferem no processo terapêutico, visto que se reconhece a existência de um sofrimento para todos os envolvidos nessa operação. Trata-se, entretanto, de indicar a todos estes a presença de um componente subjetivo que merece ser considerado e valorizado de forma a contribuir na construção da direção de uma terapêutica com a participação do próprio sujeito.

CONCLUSÃO

Diante do exposto, observa-se que a psicologia vem sendo chamada a ocupar os mais diversos espaços na atualidade, desde aqueles identificados a sua prática convencional, como outros que pouco se assemelham às representações da clínica



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

tradicional. Essa parece ser uma das grandes colaborações do psicólogo no contexto hospitalar, no qual as queixas orgânicas são sobrepostas à subjetividade.

Neste prisma, a inserção do psicólogo também contribui para que a equipe reconheça valor nos dados, nas informações e nas manifestações emitidas pelos pacientes internados e que, a primeira vista, são interpretadas como irrelevantes ou contrárias aos ideais de cura e tratamento decididos pela equipe. Convive-se com olhares institucionais sob o trabalho, o qual também deve ser compartilhado, já que diversos profissionais acompanham o caso. São variados discursos e compreensões sobre o sujeito e suas necessidades, parecendo por vezes, linguagens estrangeiras, não havendo um questionamento sob seus efeitos no sujeito - efeito esse que dessa forma só pode ser de fragmentação, distanciando-se da tão falada integralidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANGERAMI-CAMOM, V.A. **Psicologia Hospitalar: Atuação do Psicólogo no Contexto Hospitalar**. São Paulo: Traço, 1984.
- BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 20 set. 1990. p. 018055.
- CECILIO, L.C. & FEURWERKER, L.C. **O Hospital e a Formação em Saúde: desafios atuais**. Revista Ciência e Saúde Coletiva, 2009.
- MERHY, E E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: HUCITEC, 2002.
- MERHY, E E, CECÍLIO LCO. **Integralidade do cuidado como eixo da Gestão Hospitalar**. Campinas, 2003.
- PENNA, T.M. Psicoterapia no Hospital Geral. **Cadernos IPOB**. Saúde Mental no Hospital Geral. Instituto de Psiquiatria, UFRJ, Nº 6, 1997.
- RIBEIRO, E. M. **A psicanálise nas instituições: clínica e política**. In: *Psicanálise e intervenções sociais*. Associação Psicanalítica de Porto Alegre (org.). Porto Alegre: APPOA, 2011.



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Intervenção da psicologia em um caso de malformação fetal: relato de experiência

Ângela Barbieri ¹

Gabriela Oliveira Guerra ¹

Priscila Ferreira Friggi ¹

Alberto Manuel Quintana ¹

¹ Universidade Federal de Santa Maria (UFSM)

RESUMO

A relação estabelecida entre a díade mãe-bebê vai sendo progressivamente construída, desde o período pré-natal. O diagnóstico de uma malformação fetal causa, frequentemente, um processo disruptivo na mulher grávida. Dessa forma, este artigo tem como objetivo vincular os achados teóricos sobre os aspectos psicológicos da gestação a um relato de vivência na Obstetrícia de um Hospital Universitário e compreender o impacto psicológico do diagnóstico de malformação fetal para a gestante. O presente artigo baseia-se em um relato de experiência das autoras enquanto atuaram como residentes em um Hospital Universitário num caso de malformação fetal. Assim, realizou-se acompanhamento psicológico à gestante durante o período de internação, pois havia a possibilidade da gestação ser interrompida devido ao óbito de um dos fetos, sendo esta uma gestação gemelar. Assim, iniciamos o acompanhamento psicológico da paciente, acreditando que nesse momento, devido as suas dúvidas e angústias, seria de fundamental importância a imparcialidade de um profissional psicólogo. Esta experiência mostrou que o acompanhamento psicológico realizado no momento de revelação do diagnóstico até a interrupção da gestação foi de suma importância à paciente, pois permitiu que refletisse sobre suas escolhas diante de uma situação de intenso sofrimento, como a apresentada neste contexto.

Palavras-chave: Malformação fetal; acompanhamento psicológico; gestação.



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

INTRODUÇÃO

A relação estabelecida entre a díade mãe-bebê vai sendo progressivamente construída desde o período pré-natal. O período da gravidez está repleto de inúmeras expectativas e idealizações acerca do bebê que vai nascer. Chodorow (2002) elenca que o desejo de ter um filho, ou a necessidade de engravidar, se dá em algumas mulheres devido a questões às vezes até conflituosas destas com suas mães. Ser uma mulher maternal diz de uma relação intensa com a mãe no início de seu desenvolvimento. Elas maternam porque foram maternadas por mulheres. Dessa relação pode acontecer de uma mãe cuidar afetuosamente de seu filho primeiramente, e depois que o percebe mais independente, o rejeitar e se afastar dele.

Para a mesma autora, tratando-se de estrutura psíquica, um filho vem a representar a completude do triângulo relacional para a mulher. Ter um filho significa não somente a relação com o homem, mas também assumir um lugar novo no complexo edípico (só agora resolvido), que é o de lugar materno. Lugar esse que quando criança a mulher tanto desejou, mas não lhe foi possível ocupá-lo.

Ter um filho perfeito, que possa atender suas expectativas e sonhos, é desejo da maioria dos casais, constituindo-se um evento socialmente esperado. Assim, quando o bebê apresenta algum problema, ocorre a "destruição" de um grande sonho e, quanto mais a criança real for diferente do sonho dos pais, mais difícil é a adaptação destes ao seu nascimento (Pelchat, 1992).

Nesse sentido, Raphael-Leff (2000) afirma que o diagnóstico de anormalidade e a detecção de sofrimento fetal são fatos que aumentam significativamente as dificuldades de uma gravidez provocando, inevitavelmente, uma grande desilusão e descrença para os pais que o vivenciam, os quais se vêem obrigados a fazer o luto do bebê imaginário. O diagnóstico de uma malformação fetal causa, frequentemente, um processo disruptivo na mulher grávida, pois tal como refere Setúbal *et al.* (2004), esta habitualmente encontra-se mais vulnerável, devido a todas as mudanças internas e externas que acompanham todo o período gestacional, do parto e puerpério.

OBJETIVOS



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Vincular os achados teóricos sobre os aspectos psicológicos da gestação a um relato de vivência na Obstetrícia de um Hospital Universitário;

Compreender o impacto psicológico do diagnóstico de malformação fetal para a gestante.

MÉTODO

Trata-se de um relato de experiência das autoras enquanto atuaram como residentes em um Hospital Universitário em um caso de malformação fetal. Realizou-se acompanhamento psicológico à gestante durante o período de internação.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Fomos chamadas para uma avaliação psicológica na unidade de internação toco-ginecológica (2º andar), pois uma paciente de 42 anos, grávida de gêmeos, havia recebido a notícia de que um dos fetos teria ido a óbito e o outro estava com uma malformação congênita, incompatível com a vida. Foi passado para a paciente que naquele momento, restava esperar, pois havia a possibilidade da gestação ser interrompida devido ao óbito de um dos fetos, o que poderia causar infecções e colocar em risco a vida da mãe. Contudo, não foi o que ocorreu, pois o organismo da paciente encapsulou esse feto, dessa forma, sem riscos para sua saúde.

No momento da avaliação psicológica a paciente encontrava-se bastante ansiosa, com muitas dúvidas sobre como o caso iria ser conduzido e por diversas vezes mencionou a possibilidade de se fazer um aborto. Segundo acrescenta Sousa (2003), o impacto de um feto malformado ou deficiente, torna-se muito angustiante e desestruturante, de tal forma que poderá provocar um desinvestimento rápido e o pedido de interrupção da gravidez surge como uma das reações frequentes, no sentido de repor o equilíbrio psíquico dos pais. Por outro lado, perante uma malformação incompatível com a vida, a família confronta-se com a complexa decisão de interromper ou não a gravidez.

Anunciar uma malformação fetal pode constituir a finalização de um sonho. Este diagnóstico terá, provavelmente, repercussões violentas e dramáticas nas expectativas do



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

casal. Podem aparecer fantasias de incapacidade, morte e destruição. Neste contexto, Setúbal *et al.* (2004) explicam que dá-se início a um período de luto pela perda do bebê saudável, enquanto novas expectativas passam a ser incorporadas na vida do casal.

Apesar dos progenitores destes bebês serem habitualmente saudáveis, correm o risco de serem vistos como “defeituosos”, “imperfeitos” ou “anormais”, para além do fato de terem a potencialidade de transmitir defeitos à geração descendente (Cardoso, 2001). As malformações perturbam os mais profundos desejos e expectativas parentais, ameaçando, em grande medida, toda a dinâmica familiar. Ao encontro disso, Mannoni (1995) ressalta que desde a concepção a criança já representa um papel na vida fantasística da mãe, isto é, existem planos que já foram traçados para essa criança. As fantasias da mãe podem até mesmo direcionar o filho ao seu “destino” e sua única tarefa seria corresponder ao desejo materno e preencher o vazio que ficou no passado de sua mãe.

Dessa forma, iniciamos o acompanhamento psicológico da paciente, acreditando que nesse momento, devido as suas dúvidas e angústias, seria de fundamental importância a imparcialidade de um profissional psicólogo para que a paciente pudesse se remeter as suas próprias crenças e convicções, desencadeando um processo de reflexão que poderia auxiliar se eventualmente fosse discutida a interrupção ou não da gestação. Segundo Rolim (2001) é papel do psicólogo proporcionar ambiente seguro e adaptativo, através da escuta empática e ativa. Para o autor, um ambiente acolhedor, sem que a pessoa sinta medo de represálias, constitui uma atitude facilitadora, que vai levar a que os pais se sintam à vontade para verbalizar, explorar, refletir e desbloquear sentimentos, preocupações, pensamentos, significações, expectativas, crenças e necessidades pessoais.

O processo de internação hospitalar da paciente, até o momento em que foi decidido pela interrupção da gestação, envolveu situações de sofrimento pessoal importante. A internação em enfermaria obstétrica propiciou contato com gestações que terminaram em sucesso, o que despertou na paciente sentimentos mais intensos de fracasso e frustração, não pela interrupção em si, mas pela incapacidade sentida no gestar. Muitas vezes relatou, devido ao avançado tempo de gestação - aproximadamente 27 semanas até que se interrompesse a gestação - que via sua barriga crescer, fato que deixaria qualquer mãe feliz, mas que para ela isso era motivo de sofrimento, pois mesmo que essa gravidez fosse até o final, o bebê não sobreviveria ao parto.



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Demorou algumas semanas até que a equipe, juntamente com a paciente e seus familiares decidissem por fazer um pedido para interrupção legal da gestação, visto que se tratava de uma anomalia incompatível com a vida. Segundo a paciente, essa seria a melhor conduta para o seu caso, já que se encontrava sem esperanças sobre o diagnóstico do bebê e a internação a cada dia tornava-se mais angustiante.

Numa primeira instância o pedido foi negado pelo juiz. Assim, fomos contatadas pela médica da equipe de referência da paciente, a fim de elaborar um parecer da psicologia sobre as conseqüências psicológicas que essa situação clínica poderia causar à paciente. Nesse momento, embora viesse acompanhando a paciente havia bastante tempo, muitas dúvidas surgiram quanto o papel do psicólogo nesse caso, o que se poderia ou não comunicar ao juiz. Entretanto, não foi preciso elaborar o parecer, já que no mesmo dia, a paciente, segundo a equipe médica, entrou em trabalho de parto e a gravidez foi interrompida.

Dessa forma, após o processo de interrupção da gravidez reavaliamos a paciente, a fim de identificar os processos psíquicos deste momento, identificando se havia necessidade de acompanhamento psicológico para auxiliar na elaboração do luto e da situação vivida. Neste caso, houve reconhecimento de que a interrupção da gravidez foi a melhor escolha, e que efetivamente minimizou o sofrimento. Não foram identificadas reações de arrependimento ou culpa.

No que diz respeito às conseqüências psicológicas Adler et al. (1990, citado por Leal & Noya, 1998) fazem referência a estudos que evidenciam o fato do aborto, por si só, não ser indutor de distúrbios psicológicos na mulher que o pratica. Os resultados apontam para uma maior intensidade de emoções positivas nas mulheres que optam por abortar. Somente, aproximadamente um terço das mulheres, apresenta realmente emoções negativas, tais como culpa, tristeza, mágoa e angústia.

CONCLUSÃO

Esta experiência possibilitou compreender o impacto que uma notícia de malformação fetal gera tanto na gestante e em seus familiares quanto na equipe que a acompanha. Nestes casos observam-se o luto pelo filho ideal perdido, a necessidade de



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

elaboração e assimilação das condições reais e a mobilização de intensa ansiedade e mecanismos defensivos.

Sendo assim, entende-se que o acompanhamento psicológico realizado nesse momento de revelação do diagnóstico até a interrupção da gestação tenha sido de grande importância à paciente, pois permitiu que refletisse sobre suas escolhas diante de um contexto não favorável à gestante e tampouco aos fetos. Acreditamos que a ausência de sentimento de culpa ou depressão pós-interrupção esteja diretamente relacionada a esse processo de intensa revisão de valores morais, culturais e melhor compreensão dos aspectos psíquicos que a paciente pode vivenciar durante o processo de internação. Para tanto, é importante que a malformação não seja contemplada apenas nas esferas física e funcional, mas sim que seja levado em consideração o aspecto psicológico da gestante e sua capacidade de escolha diante de uma situação de intenso sofrimento, como se apresenta no contexto citado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- CARDOSO, J.A. Doenças genéticas: Impacto psicológico e representações sociais. In M. Canavarro (Ed.), **Psicologia da gravidez e da maternidade**. Coimbra: Quarteto editora, 2001. p. 211-234.
- CHODOROW, Nancy. **Psicanálise da Maternidade. Uma crítica a Freud a partir da mulher**. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 2002.
- LEAL, I.; Noya, A. Interrupção voluntária da gravidez: Que respostas emocionais? Que discurso psicológico? **Análise Psicológica**, 3(XVI), 431-439, 1998.
- MANNONI, M. (1995) **O Nomeável e o Inominável: A última palavra da vida**. Rio de Janeiro: J. Zahar. (Transmissão em psicanálise; n.º 39)
- PELCHAT, D. Processus d'adaptation des parents d'un enfant atteint d'une déficience et élaboration d'un programme d'intervention précoce à leur intention. **Revue Canadienne de Santé Mentale Communautaire**, p. 63-80, 1992.
- RAPHAEL-LEFF, J. Introduction: technical issues in perinatal therapy. In: **'Spilt milk' perinatal loss & breakdown**. London: Institute of Psychoanalysis, 2000.



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

- ROLIM, L. Perdas e luto durante a gravidez e o puerpério. In: CANAVARRO, M. **Psicologia da gravidez e da Maternidade**. Coimbra: Quarteto Editora, 2001. p. 255-296.
- SETÚBAL, M.S., BARINI, R., ZACCARIA, R., & SILVA, J. **Reações psicológicas diante da gravidez complicada por uma malformação fetal**. Programa de medicina fetal. Departamento de tocoginecologia da faculdade de ciências médicas. Brasil, 2004.
- SOUSA, S. A saúde do feto. In: SÁ, E. **Psicologia do feto e do bebê**. Lisboa: Fim de século, 2003. p. 39-66.





III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

**Intervenções possíveis em psicologia hospitalar através de pacientes com câncer de
mama**

Nilve Junges ¹

Alberto Manuel Quintana ¹

Anaíse Dalmolin ¹

¹ Universidade Federal de Santa Maria (UFSM)

RESUMO

O câncer é uma doença com forte estigma social e frequentemente é associado à idéia de morte. Assim sendo, o diagnóstico do mesmo desestrutura aquele que o recebe e também sua família ocasionando, com frequência, estados depressivos. Para facilitar a elaboração do diagnóstico e o enfrentamento da doença, propõe-se realizar atendimentos psicológicos logo após a notícia ter sido revelada. Este trabalho expõe o projeto de extensão desenvolvido pela psicologia no ambulatório de mastologia do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM) que atende mulheres com câncer de mama. Busca-se proporcionar um ambiente de escuta e acolhimento para que estas possam expor suas dúvidas, angústias e temores relativos à doença. O acompanhamento é individual, e quando necessário à família também recebe atendimento. Como suporte acadêmico, semanalmente ocorrem supervisões com o orientador. O trabalho encontra-se em andamento, portanto, os resultados são parciais. Contudo, tem se observado uma facilitação no enfrentamento do tratamento nas pacientes atendidas, além de uma sensação de leveza relatada por muitas após os atendimentos. O apoio psicológico parece afrouxar a comunicação truncada e auxiliar na elaboração da situação presente, facilitando com que a paciente consiga falar do que está sentindo, ao menos naquele momento. Desta forma, chegamos próximos à conclusão de que este apoio auxilia na elaboração da doença que não foi conseguida por si só.

Palavras-chave: Câncer de mama; acompanhamento psicológico; diagnóstico; cirurgia.



INTRODUÇÃO

Partindo do projeto de extensão: “Ações de psicologia hospitalar no ambulatório de mastologia do Hospital Universitário de Santa Maria” o presente trabalho apresentará, inicialmente, uma revisão teórica sobre o tema proposto, destacando aspectos considerados relevantes à fundamentação e à correlação entre a prática e a teoria. Num segundo momento, se fará uma breve descrição das características do método, dos objetivos e dos participantes envolvidos no mesmo. Posteriormente, ocorrerá à discussão acerca dos resultados esperados e a apresentação dos resultados obtidos até o momento, baseadas nos objetivos do projeto, na literatura estudada e nos relatos colhidos das pacientes durante os atendimentos ou conversas informais.

DESENVOLVIMENTO

O câncer caracteriza-se pela proliferação descontrolada de células anormais, a qual pode ocorrer em qualquer local do organismo. O câncer de mama especificamente é o segundo tipo mais freqüente no mundo, e no Brasil as taxas de mortalidade ainda continuam elevadas, provavelmente porque o diagnóstico da doença acontece na maioria das vezes em estágios muito avançados (Instituto Nacional do Câncer, 2012).

Quanto à origem dessa doença encontram-se diversos fatores como aqueles considerados hereditários e os relacionados ao meio ambiente (Instituto Nacional do Câncer, 2012), dentre estes fatores inclui-se também a existência de um fundo psicossomático. Em um estudo de Bandeira e Barbieri (2007) encontrou-se em um grupo com a doença muitas semelhanças em relação à história de vida das mulheres afetadas, com a presença de um histórico de perdas, frustrações e decepções, que não foram elaboradas ou integradas à personalidade. As autoras explicam tais achados por meio do entendimento de que quando a vivência de adversidades ultrapassa as condições psíquicas do sujeito de modo que as defesas usualmente usadas não são suficientes para tal enfrentamento é possível que os indivíduos, no caso as mulheres estudadas, recorram a mecanismos de defesa primitivos como a regressão psicossomática.

O diagnóstico de câncer gera grande repercussão por se tratar de uma doença que, na maioria das vezes, é relacionada com a morte. Dessa forma, o diagnóstico e mesmo a



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

etapa pré-diagnóstica, geralmente, são percebidas e vivenciadas como um momento de intensas mudanças, perdas e adaptações e onde a morte, até então não lembrada, passa a aterrorizar como uma possibilidade real (Nascimento et al, 2005).

E no caso das pacientes com câncer de mama, fala-se de uma morte que não é apenas a morte física. Esta se refere também ao ego, como ameaça de perda dos seus objetos, o que implica em luto de experiências e fantasias que possam a ele estar associadas como representante simbólico (Zecchin, 2004). Isso por que o seio é um órgão que culturalmente e biologicamente é ligado à feminilidade, a mulher com câncer de mama questiona-se sobre seu corpo tanto em aspectos eróticos como também maternos.

Em meio a essa situação a família acaba se tornando a maior fonte de apoio da paciente, como ressaltam Bergamasco e Ângelo (2001), cujo estudo mostra que a mulher considera a família como apoio para não desistir quando esta emite palavras de encorajamento, ajuda física e emocional, e quando os membros da família realmente participam das decisões e questões relacionadas ao tratamento. Porém muitas vezes a família fica de tal forma abalada com a vivência da doença que se desequilibra. Tal desequilíbrio incapacita o oferecimento de apoio de que a mulher necessita podendo prejudicar sua recuperação (Da Silva; Melo & Rodrigues, 1999). Por isso faz-se necessário um acompanhamento também com os familiares, para que possam ser continência necessária a paciente.

O atendimento psicológico também abre espaço para dúvidas e angústias onde se pode avaliar o grau de entendimento da paciente em relação a seu diagnóstico e sua doença, além do conhecimento prévio sobre o tratamento e a própria doença. Assim, o psicólogo intermediará a relação da paciente com a equipe médica, fazendo com que esta exponha de forma mais clara e acessível às respostas que a paciente necessita, já que o que a torna agitada e angustiada, muitas vezes, é a falta de informações sobre seu estado e o que acontece com ela (Romano, 1999).

OBJETIVOS

O projeto objetiva proporcionar um espaço de escuta de angústia, fantasias e crenças das mulheres atendidas. Visa trabalhar com as mulheres aspectos que possam dificultar seu percurso no tratamento, minimizando dificuldades de cunho psicológico.



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Oportuniza, por tal modo, evitar a cristalização de mecanismos que venham a dificultar a elaboração do diagnóstico de câncer de mama e seu consequente tratamento, facilitando o enfrentamento do processo de tratamento.

MÉTODO

O projeto no qual este estudo é baseado realiza um acompanhamento psicológico de apoio com aquelas pacientes com câncer de mama, bem como os familiares das mesmas, os quais, a critério da equipe, precisem de uma intervenção psicológica. Este trabalho é realizado no ambulatório de mastologia e a beira-leito com pacientes em pré e pós-operatório de retirada de tumor, e é feito de acordo com a estratégia da Terapia Breve de Cordioli (1998). Uma primeira sessão é feita após o diagnóstico de câncer de mama e no final desta é avaliada a necessidade de haver mais encontros. Se sim, estes são previamente agendados com a paciente, respeitando os limites da terapia breve e o tempo de internação e o acompanhamento no hospital, onde é feito o tratamento e desenvolvido o projeto em questão.

Para isso, uma acadêmica do curso de Psicologia realiza atendimentos no Hospital Universitário de Santa Maria buscando proporcionar um ambiente de escuta e acolhimento para as mulheres atendidas para que essas possam falar de si, expor suas dúvidas, angústias e temores relativos à doença e ao futuro. A acadêmica escreve num diário de campo as atividades realizadas no projeto, além de ser supervisionada semanalmente por uma mestranda em psicologia e um professor da mesma área.

O acompanhamento é realizado individualmente àquelas mulheres encaminhadas, sendo a necessidade identificada pela equipe médica do local. Ainda, os familiares da paciente são, sempre que possível, inseridos no contexto de forma a favorecer uma atitude positiva em relação ao atendimento não só na paciente, mas também em seu círculo familiar, fato que pode colaborar em atitudes que impulsionem a aceitação e execução do tratamento da doença.



RESULTADOS E DISCUSSÕES

Nesse momento será apresentada uma correlação entre a teoria e prática. Para isso, serão utilizadas algumas falas retiradas do diário de campo da extensionista, e estas serão relacionadas com o que diz a literatura da área. No entanto destaca-se que os nomes aqui utilizados foram modificados para preservar a identidade dos participantes.

Nos atendimentos, percebe-se, inicialmente, uma forte negação da paciente em relação à doença, muitas vezes justificando que “ainda não caiu a ficha do que está acontecendo”. Segundo Zecchin (2004), a negação é necessária para que o sujeito possa dar conta da vivência da realidade uma vez que manter-se consciente durante todo o tempo torna-se impossível e insuportável. Durante os atendimentos busca-se avaliar o uso desse mecanismo pela paciente, evitando o confronto direto com esta defesa tão importante para a manutenção do indivíduo, neste momento bastante fragilizado. Como aparece na seguinte fala:

“Na hora que descobri que a doença voltou fiquei muito braba, pensei que eu não era uma boa pessoa, por que tinha que acontecer comigo outra vez?” (Luciana, 30 anos, com reincidência de câncer de mama)

Durante e após a vivência da etapa do diagnóstico as pacientes se deparam com a possibilidade da morte, o que causa medo e angústia. Esse temor geralmente é relacionado com o procedimento cirúrgico, como aparece nas seguintes falas:

“Eu não tenho medo se tiver que fazer quimioterapia de novo, por que isso a gente sabe o que esperar, cai o cabelo e tudo; eu tenho medo que dê complicações na cirurgia, tenho medo de morrer” (Luciana, 30 anos)

“Eu tava com muito medo da cirurgia, então agora o pior já passou” (Carla, 54 anos, pós cirurgia de retirada de tumor)

Na situação da doença a família é a estrutura que se apresenta como grande fonte de apoio à paciente. Segundo Bergamasco e Ângelo (2001) a mulher considera a família como grande rede de apoio ao proporcionar ajuda física e emocional, além de participar das decisões relacionadas ao tratamento.

“Todo mundo tá comigo. Meu marido, meu filho e minhas irmãs vêm me visitar ou então ligam” (Maria, 56 anos, pós cirurgia de retirada de tumor)



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Tem se observado com a realização das intervenções, uma facilitação no enfrentamento do tratamento nas pacientes atendidas, além de uma sensação de leveza relatada por muitas após os atendimentos. Carvalho (1991) relaciona a doença com um truncamento da comunicação, não somente sobre a doença vigente, mas sobre tudo o que cerca o paciente como forma de proteção de um segredo, que seriam os sentimentos do doente. Por isso, um ambiente que não julgue nem culpe a paciente acaba por fazê-la expor suas angústias e compartilhá-las, deixando-a mais leve e forte para combater a doença que a aflige.

“Esse espaço aqui é muito bom pra mim, por que aqui eu posso falar o que para os outros eu tenho que esconder; por que eles acham que eu sou muito forte” (Luciana, 30 anos)

Dessa forma, acredita-se que o acompanhamento psicológico tem possibilitado uma facilitação no enfrentamento da doença pelas pacientes atendidas. Por ser um projeto de extensão, resultados são buscados constantemente. O projeto encontra-se em vigor desde o ano de 2001, sofrendo releituras a cada ano, pela troca de extensionista, mas visando sempre manter seus objetivos.

CONCLUSÕES

Através do projeto que vem sendo efetivado, se percebe o desenvolvimento da capacidade de lidar com um tema tão socialmente temido e evitado, como o câncer. Assim, com a possibilidade de expor, durante as intervenções, seus medos e angústias as pacientes desenvolvem estratégias que as auxiliam no enfrentamento da doença.

Além disso, novas pesquisas no âmbito hospitalar se fazem necessárias, com o objetivo de melhorar a fundamentação teórica dos profissionais que atuam nessa área, adquirindo mais conhecimento específico e direcionando assim um melhor atendimento e tratamento dos pacientes dentro do hospital, atendendo as principais demandas para que todos os recursos sejam bem utilizados.

REFERÊNCIAS

BANDEIRA, M. F.; B., V. **Personalidade e câncer de mama e do aparelho digestório.** Psicologia: Teoria e Pesquisa. Julho 2007 V.23 n.3. Disponível em:



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0102-](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0102-37722007000300008&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt)

[37722007000300008&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0102-37722007000300008&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt)> Acesso em: 10 de maio de 2012.

BERGAMASCO, R. B.; ÂNGELO, M. (2001) **O sofrimento de descobrir-se com câncer de mama: como o diagnóstico é experienciado pela mulher**. Revista Brasileira de Cancerologia, n. 47(3). Disponível em:

http://www.inca.gov.br/rbc/n_47/v03/pdf/artigo4.pdf. Acesso em: 08 maio 2012.

CARVALHO, V. A. (1994) **Programa Simonton: uma experiência no Brasil**. In: Carvalho, Maria Margarida (Coord). Introdução à Psiconcologia. São Paulo: Editorial Psy II.

CORDIOLI, A. V. et al (1998) **Psicoterapias: Abordagens atuais**. Porto Alegre: Artes Médicas.

DA SILVA, R. M.; MELO, E. M.; RODRIGUES, M. S. P. (1999) **Família como suporte para a mulher em tratamento quimioterápico**. Família, Saúde e Desenvolvimento, v.1, n.1/2. Disponível em:

<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/refased/article/viewFile/4855/3719>. Acesso em: 06 maio e 2012.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. **Particularidades do câncer de mama**. Disponível em:

<<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/mama>> Acesso em: 11 de maio de 2012.

NASCIMENTO, L. C. et al. **Crianças com câncer e suas famílias**. Revista da Escola de Enfermagem da USP. São Paulo, v.39, n.4. 2005. Disponível em: <http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/69.pdf> Acesso em: 13 set. 2009.

ROMANO, B.W. **Princípios para a prática de psicologia clínica em hospitais**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999

ZECCHIN, R. N. **A perda do seio: Um trabalho psicanalítico institucional com mulheres com câncer de mama**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004. 178 p.



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

**Mal/bem-estar docente, autoimagem e autoestima e autorrealização em docentes de
uma escola tradicional de Porto Alegre**

Karina Pacheco Dohms ¹

Claus Dieter Stobäus ^{1 2}

Juan J. M. Mosquera ¹

¹ Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS)

² UNILASALLE

RESUMO

A pesquisa, inserida na linha de pesquisa Pessoa e Educação, no Programa de Pós-Graduação em Educação da PUCRS, buscou analisar as possíveis influências que o mal/bem-estar docente pode provocar no fazer docente, através da coleta de respostas de docentes, a fim de investigar os níveis de mal/bem-estar, de autoimagem e autoestima e de autorrealização de docentes em uma escola tradicional de Porto Alegre. A pesquisa, que é quanti-qualitativa, coletou respostas de 25 docentes, em questionários quantitativamente analisados com Estatística Descritiva e Inferencial, utilizando para a qualitativa a técnica de Análise de Conteúdo de Bardin (2004). Através das respostas fica possível evidenciar que existe um grande nível de estresse entre os professores. Também constatou-se níveis considerados como mais positivos de autoimagem e autoestima entre os docentes, e na análise do Questionário de Autorrealização observou-se um índice de maiores necessidades físicas, sendo a de menor índice as necessidades de relacionamento. Ressalta-se o elevado nível de estresse entre os pesquisados, apesar de tendência a níveis positivos de autoimagem e autoestima, existindo também outras necessidades a serem satisfeitas, para chegarem a uma melhor autorrealização, considerando-se a importância de adotar ações que contribuam à melhoria da saúde docente, tanto por parte das instituições de ensino quanto da sociedade, proporcionando apoio, acolhimento, desenvolvendo relações baseadas no afeto e bem-estar. A abordagem e discussão foi fundamentada na Psicologia da Saúde e Psicologia Positiva.



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Palavras-chave: Mal/Bem-estar docente; Autoimagem; Autoestima; Autorrealização; Escola.

INTRODUÇÃO

Este estudo teve como ponto de partida a Dissertação de Mestrado de Dohms (2011), cujo estudo quanti-qualitativo permitiu revisitar aspectos abordados naquele trabalho e, posteriormente, serviu de subsídio para discussões mais aprofundadas com Mosquera e Stobäus, o que levou à confecção do texto. Neste sentido, este trabalho visa apontar a importância das reflexões, utilizando diversos autores para ressaltá-los, destacando diversos pontos de vista que possibilitem ao leitor refletir, em especial Psicologia da Saúde e Psotiva.

Sabe-se que ser professor, na atualidade, não é tarefa fácil. O mesmo docente que antes precisava preocupar-se, fundamentalmente, com o processo de ensino e de aprendizagem de seus alunos, hoje agrega a isso diversas exigências e funções para desempenhar, mas também precisa ter a consciência de que tais fatores não devem interferir na sua atuação com os educandos.

Esta pesquisa pretendeu investigar elementos de mal/bem-estar docente e níveis de autoimagem e autoestima e de autorrealização de docentes, realizando uma análise estatística e inferências de como relacionam-se entre si, e quais aspectos podem estar provocando alterações no pensar e fazer dos docentes, o que nos leva, ao final, a uma busca de soluções para superar estas condições de mal-estar em prol do bem-estar docente.

A presente pesquisa coletou respostas de 25 docentes de uma escola tradicional de Porto Alegre, em questionários de estresse, de autoimagem e autoestima, e de autorrealização, analisando cada um dos instrumentos em separado e posteriormente realizando o entrelaçamento entre as respostas dos instrumentos, buscando uma análise mais enriquecedora, além de auxiliar na busca de soluções para que docentes possam superar uma condição de mal-estar chegando-se ou mantendo uma situação de bem-estar, acrescida a bons níveis de autoimagem e autoestima bem como de autorrealização.



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Do mal-estar ao bem-estar docente

A crise da profissão de educador não é um assunto novo, pois esta vêm sendo caracterizada ao longo dos anos. A expressão *mal-estar docente* vem sendo empregada como a mais inclusiva das utilizadas na bibliografia para descrever, segundo Esteve (1999, apud STOBÄUS, MOSQUERA e SANTOS, 2007, p. 263), os “efeitos permanentes de caráter negativo que afetam a personalidade do professor, como resultado das condições psicológicas e sociais que se exercem na docência e que concorrem para ela”, tratando-se de um fenômeno internacional.

Os momentos históricos e políticos representam a repercussão das dificuldades que existem e afloram nas instituições de ensino. Pensar na Educação considerando a relação que esta possui no percurso de vida de cada sujeito, é possível observar que esta repercute diretamente no desenvolvimento das sociedades. Então é preciso também pensar em soluções, para recuperar o apreço que inicialmente tinha-se pela Educação e seus agentes, que sofrem com as crises da Educação e com o mal-estar docente.

Mosquera, Stobäus e Santos (2007, p. 262) lembram que, antigamente, o docente era estimado e respeitado por ser visto como uma fonte de saber, já nos tempos de hoje é praticamente impossível que uma pessoa seja capaz de armazenar e processar toda esta informação e com essa descentralização do saber o próprio status de autoridade no assunto fica ameaçado, constituindo um dos fatores promotores do mal-estar docente.

As transformações no papel do professor se deram pela mudança acelerada do contexto social e das necessidades que surgiram com tais transformações (por exemplo de preparação para manejar as tecnologias de informação e comunicação), porém o mesmo não estava preparado para lidar com as novas exigências, acarretando situações de mal-estar.

Muitos professores estão desmotivados pela profissão, pois além de todas as tarefas que lhe são delegadas, tornando-se um acúmulo de funções além do ensino em si, na maioria das vezes sentem-se desvalorizados e desiludidos de que haja transformações futuras. Essas transformações precisam ocorrer não só em relação à qualificação do profissional docente, mas também no que diz respeito ao seu desenvolvimento interior enquanto ser humano, considerando sua saúde, suas boas relações interpessoais, sua



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

satisfação pela tarefa educativa, seu bem-estar e sua apreciação positiva, visando sua autorrealização.

Programas de apoio dão resultado positivo, mesmo a médio prazo, como destacam Jesus, Mosquera, Stobäus, Sampaio, Rezende e Mascarenhas (2011).

Maslow (1991) já destacava que precisamos recordar, sempre, que somente o ser humano, em sua inteireza, pode frustrar-se, nunca somente uma parte dele.

Para Meleiro (2000, apud LIPP, 2002, p. 15) *“o professor é uma profissão louvável, que merece respeito e consideração pela nobre missão, de quem a exerce, de transmitir seus conhecimentos aos alunos”*.

Nesse sentido, deve-se olhar a Educação e seus colaboradores (neste caso os docentes) com seriedade e de forma mais cuidadosa, buscando as causas de tais desmotivações e mal-estares, para então implementar ações eficientes e plausíveis para aprimorar o modo de fazer o ensino e realizar as transformações necessárias para uma Educação estimada e de qualidade.

Para que se possa prevenir e solucionar situações de mal-estar é preciso preocupar-se no aprimoramento de estratégias que visem promover o bem-estar docente para que então a situação de mal-estar seja convertida. Cientes dos problemas existentes na Educação, é fundamental lembrar que, para que haja mudanças, devemos ter certa ousadia, perseverança e cooperação por parte de todos os que fazem parte e compõem o sistema educativo.

Nesta perspectiva, na década de 1990, surge a Psicologia Positiva preocupada muito mais com os aspectos positivos do ser humano, sugerindo explorar as qualidades humanas a fim de poder melhor desenvolver habilidades e competências mais adequadas para a superação de dificuldades, em prol da satisfação pessoal e profissional.

Para Snyder e Lopez (2009, p. 19), *“a ciência e a prática da psicologia positiva estão direcionadas para a identificação e a compreensão das qualidades e virtudes humanas, bem como para o auxílio no sentido de que as pessoas tenham vidas mais felizes e mais produtivas”*.

Os autores ainda chamam a atenção para o fato de a Psicologia Positiva oferecer um olhar sobre o outro lado a que outrora a Psicologia clássica não atribuíra tamanha importância, visto que preocupava-se mais com as patologias, defeitos e sofrimentos. Acredita-se que, nesta perspectiva positiva, a psicologia deve “desenvolver-se uma



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

abordagem includente que examine os defeitos e as qualidades das pessoas, bem como os fatores de estresse e os recursos que estão presentes no ambiente” (p. 22), ajudando-as a terem uma vida mais satisfatória. Jesus e Rezende (2009, p. 17), esclarecem que o bem-estar é “*o resultado da orientação geral positiva do sujeito para os acontecimentos de vida*”.

Jesus (2007) destaca que o bem-estar docente possui um conceito geral que é o bem-estar subjetivo. Destaca ainda que este bem-estar subjetivo na visão de alguns autores – Diener e Diener (1995); Simões, Ferreira, Lima, Pinheiro, Vieira, Matos e Oliveira (2000) – é pertinente a uma leitura positiva que as pessoas realizam de suas próprias vidas. O conceito de bem estar, segundo Jesus (2007, p. 26), está relacionado com a motivação e a realização docente, em que a motivação está ligada a um conjunto de competências (*resiliência*) e de estratégias (*coping*) que o docente desenvolve a fim de enfrentar as exigências e dificuldades profissionais, superando-as e otimizando o seu próprio funcionamento.

Assim, criar ambientes favoráveis para corretos processos de ensino e de aprendizagem também significa criar ambientes motivadores, visto que a motivação gera satisfação. Na medida que o professor também consegue motivar seus alunos para aprender, suas aulas também lhe serão mais significativas, valendo para todos os envolvidos e conseqüentemente um clima de bem-estar será instaurado.

Lembrando a Psicologia Positiva como apoio ao docente, o trabalho de Fontoura, Stobäus e Mosquera (2011) coloca que este docente pode ser mais bem-sucedido e apresentar melhores níveis de autoimagem, autoestima e autorrealização ao ser auxiliado e prestigiado.

A conscientização da sua própria existência como ser humano, na interação entre aspectos que constituem o ser humano como tal, é que fornecem os subsídios para que encontre-se condições de favorecer o desenvolvimento de autoimagem e autoestima positivas, em prol da melhor autorrealização pessoal possível naquele momento. Isto faz com que cada sujeito almeje sentimentos positivos em relação ao seu eu, o que refletirá em todas as dimensões que o compõem ao longo de sua trajetória, quer pessoais, quer profissionais.



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

METODOLOGIA

A pesquisa quanti-qualitativa pretendeu coletar respostas de docentes em questionários de estresse, de autoimagem e autoestima, e de autorrealização, que foram trabalhados através de Estatística Descritiva e Inferencial, em uma escola tradicional de Porto Alegre, utilizando para a compilação de dados a técnica de Análise de Conteúdo proposta por Bardin (2004). Após a análise dos dados colhidos em cada instrumento, foi realizado o entrelaçamento entre as respostas dos instrumentos.

O objetivo geral foi investigar os níveis de mal/bem-estar, de autoimagem e autoestima e de autorrealização de docentes em uma escola tradicional de Porto Alegre; e os específicos avaliar níveis de mal/bem-estar de docentes, avaliar níveis de autoimagem e autoestima e avaliar níveis de auto-realização de docentes em uma escola tradicional de Porto Alegre; e relacionar estes níveis.

A pesquisa foi realizada com dados colhidos em docentes que atuam em uma escola tradicional de Porto Alegre, de ensino privado, através de coleta de dados, obtidos com o preenchimento de Questionários de Estresse Docente, traduzido do material disponibilizado no livro de Travers e Cooper (1997); os de Autoimagem e Autoestima, que foi adaptado por Stobäus (1983) e o de Autorrealização, com as idéias de Maslow.

A presente pesquisa contou com a participação efetiva, isto é, preencheram todos os instrumentos, 25 professores, dentre os quais apenas um do sexo masculino, com idades entre 26 e 58 anos, havendo uma predominância dos 38 aos 47 anos de idade.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Analisando-se o Questionário de Estresse Docente, observou-se que a história laboral dos docentes pesquisados mostra que estes dedicam-se em média há 19 anos na sua atual função/cargo, sendo que há uma predominância entre os sujeitos que atuam entre 21 e 30 anos na mesma função/cargo. Pode-se observar que a maioria dos docentes pesquisados atua no Ensino Fundamental e Médio (22 sujeitos) e 3 atuam na Educação Infantil, havendo diversos autores que evidenciam em suas investigações que o mal-estar ocorre, principalmente, em professores que trabalham com alunos entre o 7º ano e o 9º ano, pois



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

há maiores exigências relacionadas a esse nível de ensino (ANDERSON e IWANICKI, 1984, apud JESUS, 2001b).

Dos 25 sujeitos pesquisados, 11 trabalham em regime de dedicação exclusiva e 14 em dedicação parcial. Quando perguntados sobre a carga horária real que atuam em sala de aula, apenas um afirmou não possuir nenhuma, os demais possuem entre 2 horas e 40 horas de atuação em sala de aula, havendo uma maior proeminência nos que possuem entre 20 a 28h. Além das horas dedicadas em sala de aula, os docentes ainda dedicam, em média, aproximadamente 5h semanais a outras atividades dentro da escola (cinco dos professores possuem em média 2h envolvidos com atividades extraclasse com seus alunos).

Ainda, os docentes deste estudo, dedicam-se em média 6,22 horas semanais a tarefas realizadas em casa. Desta média, encontrada no presente estudo, os docentes destinam em média: 2,06 horas à correção de tarefas escolares; 1,9 horas preparando aulas; 2,26 horas reservadas à preparação de provas/testes e outras tais planejamento de reuniões, elaboração de cartazes e materiais de pesquisa. Ou seja, fazendo a média das horas que cada docente disponibiliza às atividades escolares, chega-se a uma carga horária semanal de 40 horas.

Entre os sujeitos participantes da pesquisa, cinco responderam que, nos últimos cinco anos, em algum momento pensaram em abandonar a profissão por motivos como cansaço, descontentamento, desilusão com a direção da escola, falta de valorização, ou por necessidade de concluir uma segunda graduação e, dois destes cinco sujeitos pensam em antecipar sua aposentadoria. Também dois dos vinte e cinco participantes dizem estar procurando outro emprego, sendo que um destes faz parte dos cinco sujeitos que em algum momento desejou abandonar a profissão, seja para aumentar a renda, entrar em outro ramo de sua graduação inicial, ou para se dedicar a outras atividades.

Huberman (1989, apud JESUS, 2004, p. 118):

Verificou que o grupo dos professores com 11 a 19 anos de serviço, ou seja, com cerca de 35 a 45 anos de idade, é aquele em que uma maior percentagem pensa abandonar a docência, pois fazem um balanço negativo do seu passado profissional, encontrando-se no último período em que ainda consideram ser possível ou ter sentido mudar para outra carreira.

Lembrando que o grupo de docentes desta pesquisa possuem idade predominantemente entre os 38 e os 47 anos de idade, e uma média de 19 anos de dedicação à docência, ou seja, dados similares ao que Huberman manifestou em seus



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

estudos já em 1989. Jesus (2004) destaca que alguns autores evidenciem como ‘fase crítica’ a de professores que já possuem cerca de 10 a 15 anos de atuação, ressaltando que provavelmente estes professores, no início da carreira estavam mais motivados e conseguiram superar as dificuldades iniciais, mas passaram a sentir uma rotina profissional, distanciamento em relação aos alunos e necessidade de realização pessoal fora da profissão. Também o período entre 35 e 40 anos é considerado como potencialmente crítico para os docentes.

Em relação à saúde mental/física, verificou-se que os docentes deste estudo possuem pontuações que indicam uma baixa saúde mental. Das três subescalas que fundamentam esta seção do instrumento foi possível constatar, através das respostas dos docentes, níveis significativamente mais elevados de ansiedade injustificada, com um percentual igual a 45; já 33% dos docentes possuem um grau mais elevado de concomitantes somáticos de ansiedade; e 22% de depressão. Já nas respostas referentes à conduta cotidiana, estão fundamentadas nas características baseadas nas pessoas, sendo amplamente estudado o estilo conductual do Tipo A, descrita como “*um complexo ação-emoção*”, destacando (TRAVERS e COOPER, 1997, p. 91) que este padrão de conduta implica:

Hostilidade, agressividade, competitividade e um sentido da urgência; os pacientes podem ser também intolerantes, exigentes e orientados ao êxito de seus objetivos. Suas características mais evidentes são a pressa e uma forma de falar acelerada, movimentos rápidos, um sentimento de culpa ou inquietude quando não estão trabalhando ou quando se relaxam, e uma disposição geralmente impaciente. Os indivíduos do Tipo A não gostam que sejam impedidos de superar rapidamente os obstáculos que encontram em seu caminho.

No entanto, lembram que os indivíduos do Tipo B (p. 93) que “*se vêem livres destes traços, não sofrem devido à urgência nem a impaciência, não contém hostilidades injustificadas, podem relaxar e fazê-lo ‘sem sentir culpabilidade’*”.

Foi possível evidenciar que 16 sujeitos caracterizam-se com o estilo de conduta do Tipo A, e apenas 9 com o de Tipo B, porém estes possuem pontuações próximas ao limite de pontuação deste estilo de conduta,.

Após a análise das pontuações, e das frequências de respostas, foi possível observar uma maior pontuação nos itens em que os sujeitos consideram que nunca chegam tarde aos seus compromissos, consideram-se competitivos e agitados, e sem muita paciência para esperar. São bons ouvintes, mas falam de modo rápido e enfático, além de fazer as coisas



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

também com certa ansiedade e rapidez, como comer e caminhar. Fazem ‘muitas coisas ao mesmo tempo’, já pensando no que farão a seguir, são exigentes consigo mesmos, bem como com os outros. Avaliam-se como ambiciosos e desejam ser valorizados por seu trabalho.

Supondo que tais resultados estão intimamente ligados às aceleradas e sobrecarregadas rotinas de trabalho que os professores enfrentam, e muitas vezes seus afazeres compreendem os três turnos, além daqueles que necessitam trabalhar em mais de uma escola, tornando a vida destes profissionais um grande atropelo. Consequentemente o desgaste prevalece, ainda mais considerando que neste estudo a maioria constitui-se por mulheres, que além da profissão ainda possuem família, filhos, e tarefas domiciliares. Brief et al. (1983, apud TRAVERS e COOPER, 1997, p. 93- 94), identificam assim docentes do Tipo A:

- *Trabalham longas horas sob pressão de datas-limite e condições de sobrecarga laboral;*
- *levam trabalho para casa nos finais de semana; são incapazes de relaxar-se;*
- *muitas vezes encurtam suas férias para voltar ao trabalho, ou ainda, nem tiram férias;*
- *competem constantemente consigo mesmos e com outros; se animam ao alcançar padrões elevados e muitas vezes irreais;*
- *sentem-se frustrados em sua situação laboral;*
- *irritam-se com os esforços laborais e com seus alunos;*
- *sentem que seus diretores não os entendem.*

Diariamente é possível observar as consequências destas mudanças, que fazem parte do próprio desenvolvimento humano, e as múltiplas tarefas que, com o passar dos anos, os docentes passaram a desempenhar, não só em sala de aula, profissionalmente, mas também fora dela, pessoalmente. Além deste aspecto, por exemplo, vieram os avanços tecnológicos e a jornada de trabalho aumentou e assim as pessoas passaram a viver correndo contra o tempo, leva-se mais trabalho para a casa, lugar em que as pessoas passavam com suas famílias e aproveitavam para descansar da rotina extenuante de trabalho, e o tempo tornou-se algo cobiçado. Com isso, o aspecto competitivo também realçou-se nos últimos anos, o que torna as pessoas ainda mais ansiosas e, em alguns casos, desencadeando doenças, como o exemplo mais comum da modernidade, o estresse.



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Merazzi (1983, apud ESTEVE, 1999, p. 137) afirma que *“aprender a viver os conflitos é uma tarefa da formação dos educadores”*. Pois com a realidade que temos hoje é provável que futuramente os docentes possam desenvolver cada vez mais estes sintomas de conduta do Tipo A.

No conjunto de itens que tratavam da satisfação profissional, indica que os docentes estão satisfeitos com a profissão e que a maioria está satisfeita com o reconhecimento obtido por seu trabalho, o que diverge do dado que apareceu, anteriormente.

O controle dos processos que compõem a atividade docente, segundo Codo (2006), oferece ao professor uma dimensão da responsabilidade que está em suas mãos, mas também proporciona prazer ao sentir-se importante para o outro, em que a expressão dessa subjetividade é parte de seu trabalho diário resultando assim em uma atividade enriquecedora do ponto de vista afetivo. Mas o autor ainda lembra que, ao mesmo tempo em que há o compromisso com a tarefa, do outro lado está à manutenção do emprego também como essencial para o sustento da família.

Quanto à insatisfação com salário, a maioria está bastante insatisfeita, mas ‘o que seria um bom salário?’. Codo (2006) propõem uma breve reflexão, lembrando que a resposta não é simples, mas no ponto de vista das pessoas seria o maior possível para que pudessem manter as necessidades e expectativas de um padrão de vida desejável para elas e sua família. Ainda no Questionário de Estresse Docente, verificou-se quanto à pressão que os participantes da pesquisa enfrentam no trabalho, respostas com maior frequência apontando como sendo as principais fontes de pressão: as relações com os pais dos alunos, exigência dos pais que pedem bons resultados, ter que convocar reuniões com os pais dos alunos, falta de recursos, ter que resolver problemas de conduta, confrontos diários em sala de aula, agressões verbais e físicas por parte dos alunos, testemunhar as agressões entre os alunos, manter a disciplina, alunos que colocam o professor à prova a todo instante, falta de respaldo da família no que se refere à disciplina, falta de consenso sobre assuntos disciplinares, lecionar para quem não valoriza o ensino e quer as coisas prontas, lecionar em turmas desmotivadas, má relação docente e discente, a impossibilidade de planejar devido as mudanças constantes, horas que passa-se corrigindo trabalhos dos alunos em casa.



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Ainda elementos como a falta de tempo para ‘desligar’, falta de perspectiva de promoção, levar trabalho para casa e que acaba interferindo na vida familiar, as expectativas que os outros colocam sobre os professores, salário baixo em relação ao volume de trabalho, trabalhar no horário das refeições ou nos intervalos, tarefas administrativas, ter que avaliar os alunos, decréscimo do respeito da sociedade para com a profissão docente, falta de valorização da docência, rivalidade entre professores, consciência de que sua ausência criará problemas para outros colegas, pressão acadêmica dentro da escola, insegurança dentro da profissão, a pressão por parte das chefias má comunicação entre o pessoal, a tensão nas relações dentro da escola e a integração de alunos com necessidades educativas especiais.

O que ameniza essas pressões são as boas relações com seus alunos, o apoio por parte dos colegas docentes, o apoio do sindicato, a clareza quanto ao papel do professor na escola, a duração das férias escolares, elaboração de um currículo unificado, envolver-se com temas pastorais, sentir que a formação é adequada, uso da campanha na escola e o bairro que está localizada a escola.

Instantaneamente após a leitura destes indicadores, é evidente que estes indicam maiores fontes de pressões do que alternativas que pudessem amenizá-las. Isso indica que estes docentes estão mais expostos ao estresse havendo poucas opções para evitá-lo ou ao menos lidar melhor com certas situações. Vejamos algumas das queixas e alternativas mais frequentes para lidar com essas situações de estresse.

Porém, os professores ainda encontram estratégias para diminuir estas tensões, e quando perguntados de que maneira enfrentam o estresse, os professores, na grande maioria, utilizam-se de diversas formas, entre elas as mais utilizadas em ordem decrescente em relação às respostas: manter relações estáveis, reorganizar seu trabalho, planejar com antecedência, estabelecer prioridades para tratar dos problemas, buscar formas de tornar seu trabalho interessante, utilizar atenção seletiva, a fim de concentrar-se no problema, enfrentar os problemas na medida em que surgem, manter-se ocupado, administrar bem o tempo, recorrer a regras e normas, possuir um lar/refúgio, conversar com amigos compreensíveis, tentar reconhecer suas próprias limitações, ampliar os interesses e atividades fora do trabalho, não acumular coisas, recorrer a *hobbies* e passatempos, buscar apoio e conselho com seus superiores, e tentar resolver a situação de forma objetiva sem envolver sentimento



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Mas, além deste apoio, a maioria dos sujeitos da pesquisa também procura o apoio de familiares a fim de desabafar, e consideram o período de férias escolares fundamental para lidar com as situações de estresse que convivem diariamente. Um tempo de parar para refletir e viabilizar novas estratégias é de suma importância na opinião destes docentes.

Todos os sujeitos que participaram da pesquisa confirmaram que já haviam, de alguma forma, experimentado pressões laborais e/ou pessoais e, na maioria das respostas, comentam a situação de que procuram desabafar com o marido/esposa ou colega de trabalho. Alguns comentam com familiares ou amigo alheio ao trabalho, e a minoria procura diretamente o diretor da escola para conversar.

Na análise do Questionário de Autoimagem e Autoestima, proposto por Stobäus (1983) a fim de verificar níveis de autoimagem e de autoestima, havia a possibilidade de a pontuação variar de no mínimo 50 pontos e no máximo 250 pontos. Analisando as pontuações dos questionários respondidos pelos docentes verificou-se uma média de 194,04 pontos. Nosso estudo constatou níveis considerados como mais positivos de autoimagem e autoestima entre estes docentes pesquisados, pois em outros grupos é sempre diferente.

Stobäus (1983) encontrou, em seu estudo com jogadores amadores e profissionais de futebol, uma média de 178,95 em jogadores amadores (com idades até 18 anos) e de 188,67 em jogadores profissionais (com idades entre 18 de 33 anos). Não parece ter sido muito diferente neste atual estudo (194,04).

O Questionário de Autoimagem e Autoestima é dividido em aspectos orgânicos, sociais, intelectuais e emocionais, subdivididos e correspondem as questões do instrumento.

Nas questões correspondentes aos aspectos *Orgânicos*, chamam atenção as respostas dos sujeitos a duas questões que envolvem a memória. Quando perguntado se tinham uma boa memória, a maioria dos docentes respondeu positivamente, apenas 4 responderam que às vezes e 1 respondeu que não. Já na questão nº 21, a pergunta foi: “*Gostaria de ter memória melhor?*”, e também a maioria respondeu positivamente (10- sim, 1- quase sempre, e 8- às vezes). Acredita-se que todo o ser humano tenha o desejo de ter uma memória melhor, principalmente nós que dedicamo-nos a estudos da Educação.

Relacionado à memória, Perrenoud (2002, p. 146) diz que:



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Uma nova experiência, uma nova tentativa, um novo saber e um novo contexto talvez esclareçam retroativamente uma ação passada, alterem seu significado, situam-na em outra perspectiva. Sua representação pode se enriquecer em função de um trabalho deliberado de investigação, análise e reconstrução, ou em função de uma forma mais inconsciente, a qual depende do processo de racionalização e esquematização característico de nossa memória.

As questões que correspondem aos aspectos *Sociais* destacam-se as que estão relacionadas ao estatus sócio-econômico. Apenas quatro docentes não consideram satisfatória sua situação financeira, 8 consideram às vezes, 5 quase sempre e 8 consideram satisfatória. Logo em seguida a maioria demonstra preocupação com sua situação financeira, também dentro deste aspecto. Já sobre as realizações profissionais, todos os docentes responderam positivamente as questões. Cremos que a preocupação financeira aqui comprovada remete a uma ideia futura, pois como seres humanos nos preocupamos em ter condições básicas como, por exemplo, moradia e alimentação, para podermos manter boas condições futuramente, para si próprio e sua família.

No aspecto *Intelectual*, os sujeitos pesquisados demonstram gosto pelo aprender (os 25 responderam *sim*) e curiosidade em conhecer coisas novas (22- sim, 2- quase sempre e 1- às vezes), bem como consideram que até agora conseguiram realizar o que pretendiam na vida. Isso reforça uma característica da profissão docente, gostar de aprender e buscar novos conhecimentos a fim de enriquecerem suas práticas, principalmente com o avanço das tecnologias, em que o acesso as informações é muito rápido, além de chegar a um maior número de pessoas. Isso faz com que o professor também precise estar nesta constante busca, em constante formação.

No que diz respeito à formação de bons professores, em especial dos iniciantes, Perrenoud (2002) acredita que está intimamente ligada à formação de pessoas capazes de evoluir, de aprenderem com as experiências, refletindo sobre o que gostariam de fazer, sobre o que fizeram e sobre os resultados de tudo isso.

Já nas questões referentes aos aspectos *Emocionais* há duas questões que dividem as opiniões dos sujeitos da pesquisa. A pergunta de número 25, “*Preocupo-me muito comigo mesmo?*”, em que a maioria deles respondeu, respectivamente, às vezes (7), quase nunca (6) e não (4); e a de número 41, “*Sinto-me magoado quando os outros me criticam?*”, na qual os sujeitos responderam, respectivamente, sim (1), quase sempre (5), às vezes (9), quase nunca (7) e não (3). Os sujeitos ainda demonstram preocupações quando encontram problemas, mas sentem-se seguros em suas atitudes. Quanto à pergunta



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

de número 17: “*Sinto conflitos interiores?*”, 5 sujeitos responderam que sim, 14- às vezes, 4- quase nunca e 2- não. A questão 50 perguntou: “*Se pudesse começar tudo de novo, gostaria de ter uma vida diferente?*”, e os sujeitos responderam 2- sim, 6- às vezes, 6- quase nunca e 11 responderam que não.

Mosquera (1978, p. 91) ressalta que “*todo o relacionamento não nos aparece apenas como uma ligação de afetos, interesses ou intercâmbios*”, pois estes são os aspectos mais evidentes. E complementa (p. 91) que “*toda e qualquer relação humana possui um sentimento profundo de inquietação que leva à procura de significado e valor*”.

No caso de docente, essas relações são produzidas pessoalmente e profissionalmente, criando vínculos com alunos, colegas docentes, e demais membros que compõe a comunidade educativa. Lidar com todas essas relações é o grande desafio.

O Questionário de Autorrealização, proposto a partir das ideias de Maslow (s.d., 1991), é composto por seis subdivisões: Área 1, necessidades físicas; Área 2, necessidades de segurança; Área 3, necessidades de relacionamento; Área 4, necessidade de respeito; Área 5, necessidades de independência; e Área 6, necessidades de auto-realização.

Analisando este questionário, em que os dados poderiam variar entre graus de não satisfação até graus de satisfação de necessidades, foi possível observar que a área com maior índice de necessidade, dos sujeitos pesquisados, é a Área 1, que corresponde às necessidades físicas, e a área com menor necessidade, ou seja, correspondente aos menores índices é a Área 3, necessidades de relacionamento.

Na análise do Questionário de Estresse Docente, também aparecem necessidades não satisfeitas no aspecto físico, em que os sujeitos demonstraram sentir cansaço, apresentando dificuldades para despertar pela manhã; tendência a preocupar-se e por vezes parecem estar desmoronando, bem como também sentem vontade de chorar. Isso, novamente nos faz refletir sobre a rotina que enfrentam os docentes, que muitas vezes não conseguem se alimentar direito, pois necessitam deslocar-se de uma escola à outra, ou resolver situações no horário que deveria ser destinado à sua alimentação. Este é apenas um exemplo dos diversos que podemos lembrar se nos remetermos a nossa própria rotina de trabalho.

Stobäus e Mosquera (2010, p. 13-14) ressaltam que,:

Alguém com um mínimo de elementos nutrientes circulantes (sangue, vitaminas, glicose, oxigênio, entre outros), nem assim vai conseguir aprender se está com fome (não apetite em comer ou beber determinado



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

alimento específico, falamos no desnutrido/desidratado), pois esta é mais importante em ser atendida. Então seria melhor, antes de qualquer atividade educativa, fornecer-lhe comida e bebida com nutrientes, para depois pedir/proporcionar que aprenda algo.

Para melhorar o aspecto físico, seria importante que todos os professores tivessem a oportunidade de realizar atividades físicas, não só como uma prática preventiva e de promoção de saúde, mas também para proporcionar um momento de parada, quebra de rotina, fomentando seu bem-estar. Mais especificamente, seria interessante a busca por atividades que proporcionem reforço muscular, como por exemplo, as dos membros superiores (por ser uma profissão que utiliza com frequência a lousa), das pernas (por ficarem demasiadamente em pé, além dos docentes de disciplinas especializadas que necessitam trocar de sala a cada período) e do quadrado lombar.

No Questionário de Estresse Docente, cinco professores demonstraram desejo de abandonar a profissão docente. Já no Questionário de Autoimagem e Autoestima observou-se que mesmos 5 sujeitos responderam positivamente à questão relacionada ao sentimento de conflitos interiores. Assim, fazendo o cruzamento dos dados, dois destes 5 sujeitos foram os mesmos que responderam querer abandonar a profissão e estar procurando outro emprego, o que parece ser bem coerente em termos de suas respostas. Os outros três não possuem respostas relacionadas a conflitos interiores.

Também no Questionário de Estresse Docente e no de Autoimagem e Autoestima, os sujeitos pesquisados, salientam preocupações em relação ao aspecto financeiro, em que, no primeiro instrumento, foi possível perceber certa insatisfação em relação ao salário, e no segundo correspondendo aos aspectos *Sociais*, nas questões relacionadas ao status sócio-econômico, os docentes não consideram satisfatório e demonstram preocupação com sua situação financeira.

Vale ressaltar, porém, que algumas teorias – como as de Herzberg (1966), Deci (1975) e Robbins (1986) citados por Jesus (2001, p. 129) – demonstram que o salário ou recompensa extrínseca não são considerados como fator motivacional podendo este ser apenas um mais um fator causador do mal-estar. Visto que as investigações já realizadas confirmam que a recompensa extrínseca possui apenas um efeito de curto prazo, levando a diminuição motivacional (intrínseca) do sujeito.

Então, a questão salarial na presente pesquisa pode ser considerada como mais um fator intimamente ligado aos altos níveis de mal-estar encontrados nos docentes, uma vez



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

que se estes níveis fossem mais baixos, ou inexistentes, o fator salarial talvez não fosse uma queixa dos participantes.

Já no cruzamento das respostas do Questionário de Autoimagem e Autoestima com o de Autorrealização pode-se destacar duas informações que podem complementar-se e remetem ao aspecto físico. No Questionário de Autoimagem e Autoestima, nos aspectos Emocionais, há uma questão que pergunta: *“Preocupo-me muito comigo mesmo?”* (questão de número 25), em que a maioria dos sujeitos de pesquisa respondeu negativamente.

Permanece o desafio para que, assim como Jourard argumenta, os docentes possam expor todo o seu potencial. Para isso precisamos buscar ações eficazes e possíveis, motivando as instituições para que efetivem estas ações, em busca do bem-estar docente.

COMENTÁRIOS FINAIS

Após a análise dos dados de pesquisa, que foi possível constatar um nível elevado de estresse entre os sujeitos pesquisados, apesar de tendência a níveis positivos de autoimagem e autoestima, existem também outras necessidades a serem satisfeitas, para chegarem a uma autorrealização. A pesquisa ainda pode constatar que há certas características da modernidade que contribuem para o desenvolvimento do mal-estar docente, pois a profissão docente vem sendo desgastada por fatores históricos, políticos, econômicos, sociais e culturais. Consequentemente estes fatores caminham para a desvalorização da profissão docente, não só pela sociedade, mas também pelo próprio docente que já não enxerga perspectivas de ascensão e destino promissor.

Para tanto é de grande valia adotar ações adequadas que visem contribuir para melhoria da saúde docente, a fim de superar este mal-estar que cada vez mais se instala nesta profissão, tanto por parte das instituições de ensino quanto da sociedade, bem como desenvolver a autoimagem e autoestima com vistas na autorrealização. Sendo que as instituições de ensino deveriam ser as primeiras a garantir este ambiente saudável, proporcionando apoio, acolhimento, desenvolvendo relações baseadas no afeto e no bem-estar. As mudanças são necessárias para o crescimento pessoal, mas é preciso aprender a lidar com tais mudanças, pois são inevitáveis na vida do ser humano. Porém, estas mudanças não precisam ser entendidas como problemas, mas sim como modificações que



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

as sociedades passam, e que faz parte da história da humanidade. Mudanças que fazem parte do desenvolvimento humano considerado ‘normal’, contribuindo para o crescimento pessoal, e que reflete nas demais tarefas que realizamos.

Também os responsáveis pela gestão educacional e pedagógica precisam promover um ambiente de apoio e acolhimento aos docentes, sendo capazes de solucionar os problemas que surgem diariamente nas instituições de ensino. Uma gestão qualificada possui papel fundamental, podendo contribuir na busca de melhores condições de saúde docente. Lembremos de elementos da Psicologia da Saúde e Psicologia Positiva auxiliam neste sentido.

REFERÊNCIAS

- BARDIN, Laurence (2004). **Análise de Conteúdo**. 3. ed. Lisboa: Edições 70.
- CODO, Wanderley (coord.) (2006). **Educação: carinho e trabalho**. Petrópolis, RJ: Vozes.
- DOHMS, Karina P. (2011) Mal/bem-estar docente, auto-imagem e auto-estima e auto-realização em uma escola tradicional de Porto Alegre. 2011. Dissertação (Mestrado em Educação) – Faculdade de Educação da PUCRS, Porto Alegre.
- ESTEVE, José M. (1999). **O mal-estar docente**. A sala de aula e a saúde dos professores. Bauru: EDUSC.
- FONTOURA, Camila F.; STOBÄUS, Claus D.; MOSQUERA, Juan J. M. (2011). O docente como modelo de relações afetivas motivadoras para aprendizagens positivas. **La Salle (Canoas)**, 16(73-88).
- JESUS, Saul N de (2001). Pistas para o bem-estar dos professores. **Educação**, Porto Alegre, ano XXIV, 43(123-132) abr.
- ____ (2004). **Psicologia da Educação**. Coimbra: Quarteto.
- ____ (2007). **Professor sem stress**. Porto Alegre: Mediação Editora.
- JESUS, Saul Neves de; REZENDE, Manuel (2009). Saúde e Bem-estar. In: CRUZ, José; JESUS, Saul; NUNES, Cristina (Coord.). **Bem-Estar e Qualidade de Vida: Contributos da Psicologia da Saúde**. Lisboa: Textiverso.
- JESUS, Saul N. de, MOSQUERA, Juan J. M., STOBÄUS, Claus D.; SAMPAIO, Adelar; REZENDE, Manuel; MASCARENHAS, Suely. (2011). Avaliação da motivação e do



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

bem/mal-estar dos professores. Estudo comparativo entre Portugal e Brasil.

Amazônica (UFAM), 4/II(7-18).

LIPP, Marilda N. (2002). **O stress do professor**. 2. ed. Campinas: Papirus.

MASLOW, Abraham H. (s.d.). **Introdução à psicologia do ser**. Rio de Janeiro: Eldorado.

_____. (1991). **Motivación y Personalidad**. Madrid: Ediciones Díaz de Santos.

MOSQUERA, Juan J. M. (1978) **O professor como pessoa**. Porto Alegre: Sulina.

MOSQUERA, Juan J. M.; STOBÄUS, Claus D.; HENGEMÜHLE, Adelar. (2011)

Psicologia Positiva: Contribuições para a educação focada na formação de pessoas empreendedoras. **Conhecimento & Diversidade**, 6(11-9).

PERRENOUD, Philippe (2002). **A prática reflexiva no ofício de professor**. Profissionalização e razão pedagógica. Porto Alegre: Artmed.

SNYDER, C. R.; LOPEZ, Shane J. (2009). **Psicologia Positiva**: Uma abordagem científica e prática das qualidades humanas. Porto Alegre: Artmed.

STOBÄUS, Claus D. (1983) **Desempenho e auto-estima em jogadores profissionais e amadores de futebol**. Análise de uma realidade e implicações educacionais. 1983. Dissertação (Mestrado em Educação) - Faculdade de Educação da UFRGS, Porto Alegre.

STOBÄUS, Claus D.; MOSQUERA, Juan J. M. (2010). A neuropsicopedagogia e seus aportes para o auto-conhecimento e o trabalho. In. II Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde. **Anais...** Uberlândia-MG, Universidade Federal de Uberlândia, 2010. p. 1- 15.

STOBÄUS, Claus D.; MOSQUERA, Juan J. M.; SANTOS, Bettina S. dos (2007). Grupo de pesquisa mal-estar e bem-estar na docência. **Educação**, Porto Alegre, ano XXX(n. especial, 259-272) out.

TRAVERS, Cheryl J.; COOPER, Cary L. (1997). **El estrés de los profesores**. La presión en la actividad docente. Barcelona: Paidós.



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Manicômios judiciais: “loucura” e prisão em tempos de reforma psiquiátrica

Daiana Schneider Vieira ¹

Felix Miguel Nascimento Guazina ¹

¹ Centro Universitário Franciscano (UNIFRA)

RESUMO

Considerando a lei nº 10.216 de 06 de abril de 2001, fruto da reforma psiquiátrica e que prevê um novo modelo de atenção ao usuário de saúde mental e os ainda existentes manicômios judiciais, este estudo propôs-se refletir acerca do que a lei aponta como ideal de tratamento e o que se percebe na prática. A metodologia usada foi o estudo de caso em psicanálise que analisou o documentário ‘A casa dos mortos’ da antropóloga Débora Diniz, o qual conta a história de três “mortes” de internos do Hospital de Custódia e Tratamento da Bahia. O objetivo geral deste trabalho foi análise e discussão das estratégias de saúde apresentadas no filme. Os objetivos específicos foram: a discussão do filme documentário como instrumento de análise metodológica; a problematização da reforma psiquiátrica dentro dos manicômios judiciais e a reflexão acerca da saúde mental no âmbito da saúde coletiva. Os resultados indicam que apesar da lei estar em vigor há 11 anos, muitos de seus pressupostos ainda não são cumpridos e existe a reprodução de práticas arcaicas de saúde mental. Com isso é preciso articular forças entre os saberes do campo da saúde coletiva, em especial da psicologia e psiquiatria, repensar o funcionamento dos CAPS e a revisão das políticas públicas que versam sobre o doente mental em regime de detenção. O referencial e a metodologia utilizados mostraram-se pertinentes e importantes para a interlocução empreendida neste trabalho.

Palavras-chave: Reforma Psiquiátrica; Manicômio Judiciário; Saúde Coletiva

INTRODUÇÃO



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

O filme de aproximadamente 24 minutos, ‘A casa dos mortos’, da antropóloga Débora Diniz é um retrato triste da realidade dos manicômios judiciais no país. Instituições estas pensadas com o propósito de separar os presos “loucos” dos presos “normais” que tem por intuito tratar a loucura e ao mesmo tempo fazer com que se cumpra a pena determinada judicialmente. Centenas de brasileiros, negros, baianos, condenados a medidas de proteção no Hospital de Custódia e Tratamento da Bahia, aparecem na película como quem denuncia um sistema que há tempos é considerado desumano, ilegal e que ainda perpassa práticas que vão de encontro ao que se propõe a legislação atual de atenção à saúde mental e aos direitos humanos.

A narrativa do filme contempla três momentos, os quais são divididos em cenas – ou mortes - e que contam histórias de três personagens do manicômio. Quem nos apresenta e conta suas histórias é Bubu, poeta e interno da ‘casa dos mortos’. A voz que narra refere-se a ‘casa dos mortos’ como *“a casa das mortes sem batidas de sino” (sic)* e antecipa a primeira morte: “O suicídio de Jaime”, em seguida a película nos apresenta o segundo personagem: “O retorno de Antônio” e após a terceira e última história: “A morte de Almerindo”. O filme termina com a metáfora da morte do terceiro personagem e com a imagem de Bubu dizendo que o filme é um *“veredicto, tomara se fosse um ultimato da ‘casa dos mortos’” (sic)*.

O resultado que se percebe é o esquecimento, ou como é dito no filme “a morte” de muitos sujeitos fadados a um tratamento que os segrega da sociedade, da família, dos vínculos, se utiliza da medicalização e da contenção, tornando-os inúteis e talvez muito mais doentes do que quando entraram na instituição. É assim que o destino de muitos desses sujeitos acaba sendo a morte real – o suicídio – ou o esquecimento, a “morte” perante a família, o estado e a justiça.

Em tempos em que se completou 11 anos da lei que instituiu a Reforma Psiquiátrica no Brasil – a saber, a lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, que dispõe sobre os direitos de proteção a pessoa portadora de sofrimento mental, garantindo a ela o tratamento livre de qualquer forma de discriminação, o direito às informações, proteção de qualquer forma de abuso e exploração e o tratamento mais humanizado e menos invasivo possível (BRASIL, 2001) – se faz importante uma reflexão: o que a lei da reforma psiquiátrica aponta como ideal de tratamento e o que está sendo feito nas instituições de saúde mental para detentos no nosso país.



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

OBJETIVOS

Dessa forma, o objetivo geral deste trabalho foi a análise do filme ‘A casa dos mortos’ e discussão das estratégias de saúde dentro do manicômio judiciário mostrado no filme. Como objetivos específicos buscou-se utilizar o filme documentário como instrumento de análise metodológica; a problematização da reforma psiquiátrica dentro das casas de detenção para portadores de sofrimento psíquico e a reflexão acerca da saúde mental no âmbito da saúde coletiva.

METODOLOGIA

Como instrumento metodológico deste trabalho, utilizou-se o filme documentário “A casa dos Mortos” da antropóloga Débora Diniz para problematizar questões referentes aos manicômios judiciários brasileiros e aos pressupostos da lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001, conhecida também como Lei Antimanicomial.

A análise do filme deu-se nos moldes de estudo de caso em psicanálise que é entendido por Nasio (2001) como um relato de experiência singular, escrito por um terapeuta para atestar seu encontro com um paciente e respaldar um avanço teórico, feito com o intuito de ser lido e discutido. É um texto que, através de sua narrativa, põe em cena uma situação clínica que ilustra a elaboração teórica. Quando o sujeito pode se encontrar implicado naquilo que provoca no outro, diante do seu desejo, temos um lugar possível de discurso. É desse lugar que a psicanálise pensa o caso. É uma ficção clínica, resultado de uma elaboração teórica (SOUSA, 2000).

E então, o que fazer com os presos “loucos”? Diálogos sobre loucura, instituições manicomiais, reforma psiquiátrica, psicologia e saúde coletiva

Não é de hoje que as pessoas que cometem delitos e as que possuem sofrimento psíquico são consideradas “perigosas” para o convívio em sociedade. A preocupação de como lidar com a loucura e com o crime é percebida desde a mais remota época da história da humanidade.



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Acerca da saúde mental e as formas de tratar o doente psíquico no país, é de conhecimento que desde o final do século XIX existem hospitais psiquiátricos no Brasil. O primeiro foi o Asilo Pedro II, fundado em 1853 no Rio de Janeiro e logo em seguida, em Porto Alegre inaugura-se o Hospício São Pedro em 1884. Os manicômios judiciários, instituições criadas para recolher os doentes mentais que cometem delitos, foram criados apenas em 1921 no Rio de Janeiro. Esta instituição segundo decreto que o regulamentou, era para ser uma instituição pública de intervenção social, responsável por recolher os apenados que apresentassem sintomas de loucura (CARRARA, 1998).

O jornalista Douglas Tavolaro em seu livro “A casa do delírio: reportagem sobre o Manicômio Judiciário de Franco da Rocha” faz uma pesquisa profunda e contundente dentro do maior manicômio judiciário do país, o Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Professor André Teixeira Lima, mais conhecido como Manicômio de Franco da Rocha, em São Paulo. Para isso, o jornalista passou catorze meses visitando o manicômio, colheu entrevistas de 107 pacientes e ainda leu documentos, prontuários e livros de psiquiatria. O resultado foi uma descrição desde a inauguração, passando pela rotina dentro do manicômio, as histórias dos pacientes e seus finais, muitas vezes não felizes – suicídios, homicídios e mortes “naturais” ou por doenças – e os felizes, de quando os pacientes tem sua “alta” (TAVOLARO, 2002).

A necessidade brasileira de reorganizar o sistema de saúde e repensar a forma de como entender, cuidar e tratar o doente mental – assim como os sujeitos com as mais diversas patologias – surge entre as décadas de 70 e 80 e que se consolida após o término da ditadura militar.

Conforme Tenório (2002) a mudança de paradigma acontece na década de 80 quando os protagonistas do movimento sanitário chegam gestão dos serviços e políticas públicas. Ficou claro quão nocivas eram as internações asilares e a lógica perversa desse sistema que na maioria das vezes eram realizadas em instituições particulares, porém com financiamento público – herança do regime militar – as quais chegaram ao patamar de 80% de internações em instituições particulares para apenas 20% em instituições públicas.

O modelo assistencial distinto do hospital psiquiátrico nascido da reforma psiquiátrica é o CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), o qual Lancetti (2008) entende que deve atender os casos mais difíceis e que haja risco de morte, inconveniente ou sofrimento para a comunidade. Além disso, é preciso que as ações de saúde mental estejam



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

ligadas com as atividades dos PSFs – hoje entendidos como ESFs (Estratégia de Saúde da Família) – buscando os casos de prisão domiciliar, psicóticos graves ou pessoas ameaçadas, violentadas, casos que talvez nunca chegassem ao CAPS, através dos agentes de saúde, trabalhadores inseridos no território e conhecedores da realidade de cada família atendida.

Tenório (2002) pontua que os CAPS referenciam-se na ideia de tratamento dos pacientes psicóticos graves, em que o paciente passa o dia e volta à noite para casa. Para isso existe uma equipe multiprofissional que trabalha buscando a singularidade do paciente e oferecendo-lhe diversos tipos de atividades, nas quais seja possível se engajar. Dessa forma, os CAPS constituem-se como serviços de ampliação e diversidade do cuidado em relação ao portador de sofrimento mental recusando-se a tratar apenas a sintomatologia da doença e levando em consideração a existência dela, em todos os seus parâmetros sejam eles objetivos: moradia, trabalho ou subjetivos: relações interpessoais, vivências, lembranças e pensamentos (TENÓRIO, 2002).

Em consonância com essa definição, Onocko Campos e Furtado (2006) pontuam também que o tratamento no CAPS é voltado para a reabilitação psicossocial, com ações extensivas a família, as questões de ordem social, pautadas em um projeto terapêutico individual de cada paciente. A forma de tratamento pode ser mais ou menos intensiva (um ou dois dias da semana, todos os dias da semana, algumas vezes por mês) dependendo do paciente, que deve receber consulta médica, atendimento terapêutico individual ou em grupo, participando de ateliês, oficinas, atividades lúdicas e recreativas. (ONOCKO CAMPOS E FURTADO, 2006).

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

HCT Bahia: documentar a ‘loucura real’

O documentário ‘A Casa dos Mortos’ ilustra, em menos de meia hora, a condição humana, social, jurídica e médica dentro das casas de custódia onde estão, atualmente cerca de 4500 brasileiros, homens e mulheres, em todo o Brasil e dos quais, 150 encontram-se no HCT Bahia (FONTES, 2009).



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

A película parece ter sido realizada sob os moldes do cinema-direto americano que é explicado por Nichols (2005) como o tipo de construção fílmica que visava a não interferência, a ideia de que o filme foi construído apenas com a câmera ligada capturando imagens e dando a impressão de colocar o espectador dentro do enredo, buscando com isso ser o mais próximo possível da realidade.

No entanto, esse “entrar dentro do filme” não traz consigo a identificação tão comumente realizada em muitas películas ficcionais. Conforme Fontes (2009) é impossível identificar-se com as imagens, tamanho o desconforto que elas geram. A experiência de alteridade é tanta que somos apresentados a um outro muito diferente de um “nós” socialmente compartilhado, com tamanhas diferenças nas quais não é possível encontrar semelhança e reconhecimento, tornando-se assim intraduzíveis (FONTES, 2009).

A câmera, que está em movimento praticamente em todos os momentos do filme, “apresenta” o manicômio ao espectador. Ela passeia desde o pátio onde vários apenados caminham de pés-descalços sobre o asfalto e o piso e em poças d’água, deitam sobre o chão até o interior do manicômio, onde se encontram outros apenados em condições precárias de higiene e saúde.

Ao que parece o HCT Bahia não é diferente dos demais manicômios judiciais do país. Tavolaro (2002) escreve que dentre as irregularidades em Franco da Rocha, funcionários denunciavam práticas desumanas no tratamento dos doentes: indivíduos com os mais diversificados transtornos e graus de periculosidade convivendo juntos em espaços minúsculos, a falta de higiene, pacientes caminhando nus, defecando no chão, o esgoto a céu aberto, a água podre que corria nas calçadas e que muitas vezes servia para matar a sede e as fezes que muitos doentes mentais acabam comendo.

Diante desses fatos, o que se percebe é que estas instituições não estão cumprindo o papel a que se propõem: ao mesmo tempo em que prometem um tratamento para o doente mental que cometeu um delito, acabam por segregá-lo ainda mais da sociedade, trancafiando-o em celas sob condições desumanas e medicalizando-os para que fiquem “sob controle”. Com essa segregação ainda maior do “presidiário-louco” se desfaz toda a construção da reforma psiquiátrica que prega o tratamento humanizado, digno, livre de qualquer tipo de abuso ou exploração e que vise a ressocialização do doente, mesmo ele sendo apenado (BRASIL, 2001).



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

A voz que narra refere-se a ‘casa dos mortos’ como “*a casa das mortes sem batidas de sino*” (sic), em outras palavras, a morte que não interessa a ninguém. A primeira ‘morte’ é “o suicídio de Jaime”, o qual é descrito como alguém agressivo, usuário de drogas, pessoa que “*chega a cometer loucuras*” (sic) como a qualquer momento dar “o bote” e matar.

Ele aparece em uma cela trancada, separado dos demais presidiários. Ao ser questionado por outro interno sobre o motivo de sua prisão, Jaime responde que estava “descompensado” e que havia cometido um homicídio por misturar cachaça, remédio e droga. Dois meses dentro do HCT um novo homicídio – novamente descompensado e sem remédio – “perdeu a cabeça” e matou um colega que o tirou para “veado”.

Goffman (2001) relata que nas instituições totais os internos com risco de cometer suicídio passam a ter sua liberdade mais cerceada ainda, ficando presos em celas separadas, amarrados a cadeiras, vigiados. Se se recusam a comer, sofrem a humilhação de ter que comer a força.

Jaime tem a aparência apática, poucos movimentos, fala arrastada, olhos fixos na câmera e o constante hábito de sugar a saliva – provavelmente para não se babar – é entrevistado pelo colega e conta como foi que “ele parou ali no HCT”. Durante o tempo de pouco mais de um minuto de discurso de Jaime para a câmera, a expressão “*eu estava descompensado*” (sic) é repetida três vezes, todas elas para justificar seus crimes de homicídio.

Cinco dias depois, na iminência de conseguir sua aposentadoria e irritado por ter de ficar trancafiado em função da chuva, afirma ter que completar a vigésima primeira morte: a sua. Diferente dos demais presos que morrem por asfixia ou esgoelados, Jaime arquiteta sua própria morte de maneira a não ter falhas. Aproveita-se das grades de sua cela e com os lençóis de sua cama faz um “degolador” morrendo instantaneamente ao quebrar seu pescoço.

A segunda cena “o retorno de Antônio” na qual a ‘a casa dos mortos’ é descrita como “*a casa das overdoses usuais e ditas legais*” (sic) ele chega à ‘casa dos mortos’ na carroceria de uma camionete, contido por uma algema. Seu discurso é totalmente desconexo e sua aparência é de alguém que estava na rua, sem cortar as unhas e sem trocar de roupa.



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Antônio, um senhor negro, de um olho cego e de unhas compridas, retorna ao HCT na carroceria de uma camionete policial, sem estrutura alguma para carregar seres humanos: aberta e sem qualquer tipo de abrigo ou cômodo para sentar. Antônio não vem sozinho. Com ele retorna ao HCT outro interno “fugitivo” ou reincidente.

Eis aí uma das maiores contradições do filme. Ao mesmo tempo em que priva do direito de liberdade de centenas de homens com suas penas cumpridas – inclusive com ordens judiciais não obedecidas – e que poderiam estar no convívio em sociedade, por outro lado, não permite e traz de volta, todos aqueles que conseguem sair, fugir e se livrar dessa condição. Assim, o manicômio parece funcionar como um depósito de seres humanos no qual só é permitido entrar.

Antônio, que traz em sua fala centenas de palavras aparentemente desconexas – provavelmente advindas de um surto – fala para a câmera dentro da camionete, em um primeiro momento e depois quando passa pela entrevista com a enfermeira.

A enfermeira preenche um formulário e faz\ muitas perguntas a Antônio, não se contenta com suas respostas, usando tom irônico, rindo, debochando diante das expressões por ele usadas. Ela lembra Antônio, que já conhece a instituição, de que mais tarde ele conversará com o médico para que seja escrito o laudo e enviado para o Juiz “*decidir o que fazer*” (*sic*). Para isso, a funcionária do HCT ainda exige que Antônio siga as regras do manicômio: tome banho, troque de roupa (passe a usar o uniforme amarelo), corte as unhas – não aceita que ele queira pintá-las, nem que ele use batom.

A respeito dos funcionários das instituições totais, Goffman (2001) refere que estes profissionais tendem enxergar os internos como seres inanimados passando a trata-los sem respeito, não levando em consideração seu desejo, preferindo muitas vezes trabalhar em determinadas áreas da enfermaria onde os pacientes estão mais atrasados e com isso não fazem tantos pedidos ou exigências.

Em vários momentos do diálogo a enfermeira parece perder a paciência e interromper o discurso de Antônio, fazendo com ele apenas responda – ou diga – aquilo que ela precisa ouvir. No momento e que ela pede para que Antônio vá para a ala, troque de roupa, tome banho e corte as unhas – em tom mais alto de voz e acompanhado de um comentário “*que estão enormes*” (*sic*), Antônio retruca e diz que não vai cortar, pois quer pintá-las, mas a enfermeira reitera dizendo que “*aqui homem não pinta unha*” (*sic*). Injuriado Antônio rebate: “*acho que não tem ‘pobrema’ porque vocês são homem também.*”



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Eu posso pegar esmalte, passar na unha e pegar batom e passar na boca”(sic). A enfermeira devolve perguntando em tom irônico “ah você usa batom é?” (sic) e Antônio reafirma: “eu tenho a capacidade de usar batom, por que não?” (sic). Esse diálogo mostra a postura verticalizada e autoritária dos profissionais da saúde dentro da instituição e o pouco preparo para lidar com doentes mentais. Ao desconsiderar o discurso – ainda que delirante – o profissional da saúde está desconsiderando a subjetividade e o âmago do ser em questão. Que tipo de tratamento busca humanização e o respeito e ao mesmo tempo aliena e condena?

A câmera que acompanha Antônio – como se fosse nossos olhos – flagra o momento em que ele, acompanhado de um agente penitenciário, dirige-se a sua ala para trocar de roupas e guardar seus pertences. A filmagem mostra ainda momentos de lazer, cantoria e cultos evangélicos dentro do manicômio, ao que se percebe os únicos momentos de distração e entretenimento dentro da instituição. Ela revela aspectos que passam despercebidos para aqueles que trabalham ou que vivem na instituição e coloca os espectadores “dentro” do manicômio, passando a sensação de estar ao lado daqueles personagens.

A terceira e última cena do filme “a morte de Almerindo” é descrita como a “*a casa dos mortos, das vidas sem campos lá fora*” (sic) e revela o personagem Almerindo, um senhor negro, sem vários dentes da frente, de cabelo raspado, com aparência de 50 a 60 anos de idade, o qual aparece em um primeiro momento tomando a medicação, sentado ao lado de outro interno cantando a música ‘Adocica’(BARBOSA, 1988).

“Adocica meu amor, adocica. Adocica meu amor, a minha vida!”(sic) como se a música fosse a metáfora da sua vida nem um pouco doce e a expressão da condição em que se encontra: adoçado, ou seja, sem oferecer perigo, contido, longe de todo o resto do mundo, esperando o mais certo dos destinos: a morte.

A mesa da enfermaria com diversas fichas enfileiradas de “Controle de Medicação”, tem em cima um pote com alguns comprimidos dos quais as enfermeiras precisam ter a certeza que os internos ingeriram, questionando-lhes sobre isso e fazendo com que, muitas vezes, mostrem que o(s) comprimido(s) foram engolidos.

Essa realidade de medicalização não é diferente de outros manicômios. Tavoraro (2002) ao se reportar sobre os internos de Franco da Rocha conta dentre as principais enfermidades diagnosticadas estão esquizofrenia, psicose, epilepsia, transtornos delirantes



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

e psicopatia, sobre as quais existe a necessidade de consumo de 123.200 psicotrópicos ao mês e 1600 receitas.

Goffman (2001) refere que nas instituições totais – essas que agem no indivíduo e os transformam radicalmente – muitos detentos são obrigados a tomar o medicamento oral ou intravenoso e a comer a comida oferecida. Quando há a recusa em obedecer tal ordem o interno pode sofrer “contaminação imposta de suas entranhas”. Há com isso uma exposição contaminadora de sua relação interpessoal, expressa também no momento da admissão quando todos os pertences do indivíduo são retidos e se realiza um exame total, tirando-lhe as roupas, inclusive realizando exames que penetram o íntimo e chagam a violação de direitos desses sujeitos.

As cenas seguintes mostram a imagem de Almerindo e a voz da Defensora Pública lendo sobre seu primeiro delito: a pedrada que deu em um menino de catorze anos e o roubo de sua bicicleta. Quando Almerindo entra na sala, levado pela mão da enfermeira – que está ajudando a Defensora – é questionado sobre seu nome, respondendo que é “*o governo dos Estados Unidos*”(sic). Nem a defensora, nem a enfermeira aceitam a resposta e insistem que Almerindo nunca morou nos Estados Unidos e que ele deve dizer seu nome verdadeiro, mesmo elas o conhecendo e sabendo de toda sua história, seus processos, enfim das informações relevantes de sua vida, as quais ele mesmo parece ter esquecido.

Ao se referir à dimensão subjetiva das experiências da loucura, a autora Ana Marta Lobosque (2001) afirma que essa experiência é diversa e afeta as pessoas loucas de forma distinta da qual afeta àquelas que não o são. Em outras palavras, a intensidade da crise de loucura: o discurso delirante (tal como de Antônio), ouvir vozes, a perseguição, a ameaça, o andar sem parar ou ficar imóvel pode provocar, quando esta já passou, um vazio e uma busca de sentido para toda essa experiência. A autora pontua que essa busca de sentido pode ser encontrada através da reconstrução, com a ajuda de um técnico, amigo ou mesmo sozinho. A explicação para essas vozes e delírios possibilitam de convívio, afeto, trabalho, ou seja, a produção de novos sentidos.

Figueiredo (1997) pontua que quem adoece e sofre não é apenas um corpo e sim um sujeito no qual sua fala deve ser privilegiada, a fim de exercer a possibilidade de aparecer outra dimensão da queixa e do pedido de ajuda. Dessa forma, a fala não pode ser vista como a manifestação patológica que exige correção ou resposta imediata, pelo contrário, é preciso acolher e escutar e com isso, subjetivar a queixa do paciente.



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Ao insistirem que Almerindo “fale a verdade” tanto a enfermeira quanto a Defensora pública estão desconsiderando seu discurso, provocando-o e dizendo: *“você não quer sair daqui?” (sic)*. Quando questionado sobre ter ou não casa e familiares fora do manicômio, Almerindo responde que não tem para onde ir. A funcionária do HCT insiste e questiona que se caso arrumasse uma casa para Almerindo ele iria, o mesmo respondeu que não, dizendo que *“Almerindo já morreu” (sic)*.

A Defensora Pública concorda com Almerindo dizendo que ele já morreu para a sociedade e para a justiça. Seu crime foi enquadrado pelo artigo “129” de lesões corporais, ele deu entrada no manicômio em 1981 e teve seu laudo médico escrito apenas em 1982, a punição foi dois anos de detenção, sendo que esta não era necessária, apenas o tratamento ambulatorial. Como ele perdeu todos os vínculos familiares, de amigos, foi abandonado no HCT. *“O destino dele a Deus pertence, talvez morrer aqui” (sic)* palavras da Defensora ao fechar o processo de Almerindo que estava em suas mãos. Ela reconhece que Almerindo está morto inclusive para elas, pois graças ao tratamento inadequado Almerindo foi esquecido pela justiça e pelas pessoas que o rodeavam.

Goffman (2001) refere que os mecanismos de mortificação do eu e reorganização pessoal podem gerar um ambiente que causa ao internado a sensação de fracasso, de tempo perdido de internação que precisa ser cumprido e esquecido e ainda, a angústia ao lembrar-se de ter que retornar a sociedade externa.

As imagens do filme seguem com Almerindo e outro interno, ambos com “cadeia vencida” falando sobre o passeio que ganharam no zoológico. Almerindo não fala, apenas olha e faz gestos. O outro colega, ao ser entrevistado, responde sobre os animais que viu e afirma gostar mais do macaco. Ao que parece, é de praxe oferecer passeios aos internos do HCT com “cadeia vencida”. Como um mecanismo de compensação, passa a ideia para quem assiste ao filme de que as coisas “não são tão ruins assim” e que o manicômio faz alguma coisa pelos internos. Porém, em uma análise maior denota a perversidade e a contradição de atitudes como estas “premiar” com um passeio, um pouco de liberdade assistida, àqueles que já deveriam estar em liberdade, reestabelecidos na sociedade, com o tratamento adequado e com o convívio saudável.

O filme termina com as imagens gerais do HCT e Bubu recitando seus versos para a câmera, finalizando *“este é um veredicto, quisera um ultimato da casa dos mortos” (sic)*.



CONSIDERAÇÕES FINAIS

O documentário analisado reflete a problemática de “o que” e “como” fazer com centenas de sujeitos considerados doentes mentais e que cometeram delitos graves – ou não tão graves assim, a exemplo de Almerindo – que necessitam passar por um tratamento que os reestabeleça e os faça retornar a sociedade como “cidadãos de direito” e ao mesmo tempo faça-os cumprir a sentença determinada pela Justiça. O que se percebe no filme é que o tratamento oferecido a estes sujeitos nada tem de terapêutico ou favorável a sua melhora, pelo contrário, é alienador e segregante. Além disso, os sujeitos que apareceram na película – assim como centenas de brasileiros na mesma situação – são considerados inúteis, sem direitos civis e à convivência fora do manicômio.

Dessa forma, os manicômios judiciais acabam se tornando um depósito de pessoas e configurando um círculo vicioso, pois ao mesmo tempo em que prevê a liberação do interno após o cumprimento de sua pena, esquece-o e deixa-o de lado. Assim, quase ninguém é libertado do manicômio e aqueles que o conseguem – tal como Antônio que fugiu – são logo recapturados, ou ainda, procuram talvez a única solução para escapar dessa clausura, que apesar de não ser regulamentado no Brasil, nada mais é do que uma prisão perpétua, cuja única saída muitas vezes acaba sendo a própria morte.

Apesar da promulgação da Lei Antimanicomial ter completado 11 anos – e alguns mais de existência e planejamento – existem muitos resquícios das arcaicas práticas de cuidado ao portador de sofrimento mental. Mesmo a lei instituindo que as pessoas portadoras de transtorno mental devam ser tratadas em serviços comunitários de saúde mental, próximos ao local onde vivem e com isso incentivar a construção dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) – entendidos como dispositivos da reforma psiquiátrica – estes serviços ainda não contemplam boa parte da população brasileira, em especial as cidades pequenas, deixando a mercê muitos usuários que necessitariam desse tipo de atendimento e que acabam recebendo tratamentos que infelizmente ainda reproduzem a medicalização, a contenção do sintoma e a exclusão.

Além disso, a lei proíbe que pessoas com transtornos mentais sejam internadas em hospitais com características asilares e determina que elas estejam incluídas em política especial visando à reabilitação psicossocial (BRASIL, 2001). No entanto, não há uma definição clara de como operar nestes casos e mesmo existindo a determinação de que a



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

autoridade sanitária se responsabilize, abre-se uma brecha para que em muitos locais ainda não exista o comprometimento por parte dos poderes executivo, legislativo e judiciário em fiscalizar e fazer cumprir o que determina a legislação. Dessa forma, as práticas hospitalocentricas, tutelares e invasivas ainda fazem parte do cenário da saúde mental do país, demandando a articulação de muitas forças – dentre elas em especial os saberes da psicologia e psiquiatria inseridos no campo da saúde coletiva – visando romper definitivamente com as práticas e os pressupostos arcaicos de atenção à saúde mental.

Não obstante, é preciso a revisão das políticas de atenção ao portador de doença mental, em especial a estes que parecem esquecidos também pelas políticas públicas: os internos de manicômios judiciais. Ademais entende-se que seria necessário repensar também a atuação e as práticas dentro dos CAPS e das demais instituições existentes e que lidam com portadores de sofrimento mental. A reforma psiquiátrica é um grande avanço no campo da saúde mental e da saúde coletiva, porém existem, infelizmente, muitas limitações que devem ser repensadas, entendidas e reavaliadas.

Quanto à atuação dos psicólogos que trabalham com portadores de sofrimento mental dentro da saúde coletiva pontua-se que também deva existir um questionamento sobre as práticas que muitas vezes impulsionam a reprodução do modelo de atendimento clássico. Consonante com essa afirmação, Dimenstein (2001) aponta que se faz necessário este questionamento desde a formação acadêmica até os serviços consolidados, visando com isso a construção e referenciais próprios de atendimento, buscando uma prática contextualizada, o desenvolvimento de ações e reflexões que visem produzir cidadania ativa, novas subjetividades e sociabilidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BRASIL. Lei n. 10.216, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 9 abr. 2001.
- CARRARA, Sérgio. **Crime e loucura: o aparecimento do Manicômio Judiciário na passagem do século**. Rio de Janeiro; Ed UERJ; São Paulo: EdUSP, 1998
- DIMENSTEIN, Magda. O psicólogo e o compromisso social no contexto da saúde coletiva. In **Psicologia e Estudo**. Maringá, v.6, n.2, p. 57-63, jul/dez.2001.



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

- FIGUEIREDO, Ana Cristina. Vastas confusões e atendimentos imperfeitos: a clínica psicanalítica no ambulatório público. Rio de Janeiro, Relumê Dumará, 1997.
- FONTES, Malu. A Casa dos Mortos. RECIIS Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde. Rio de Janeiro, v.3, n.2, p.97-99, jun.,2009.
- GOFFMAN, Erving. **Manicômios, Prisões e Conventos**. Tradução de Dante Moreira Leite. 7ª ed. São Paulo: Editora Perspectiva, 2001.
- LANCETTI, Antônio. **Clínica Peripatética**. 3ª ed. São Paulo: Hucitec, 2008.
- LOBOSQUE, Ana Marta. **Experiências da Loucura**. Rio de Janeiro: Garamond, 2001.
- MOFFAT, A. **Psicoterapia do Oprimido**. São Paulo: Cortez, 1991.
- NASIO, J – D. **Os Grandes Casos de Psicose**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.
- NICHOLS, Bill. **Introdução ao Documentário**. São Paulo: Editora Papyrus, 2005.
- ONOCKO-CAMPOS, R.T; FURTADO, J. P. **Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 22(5):1053-1062, maio, 2006.
- SOUSA, Edson Luiz André de. **(A Vida entre parênteses)**. In: Correio da APPOA. Porto Alegre, nº. 80, p 13-23, junho 2000.
- TAVOLARO, Douglas. **A casa do delírio: reportagem no Manicômio Judiciário de Franco da Rocha**. 2ª ed. São Paulo: Editora SENAC, 2002.
- TENÓRIO, F. **A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito**. História, Ciências, Saúde - Manguinhos. Rio de Janeiro, vol. 9(1): 25-59, jan - abr 2002.

Filme citado:

A casa dos mortos. Direção e roteiro: Debora Diniz. Produção: Fabiana Paranhos (direção), André Sugai, Katia Soares Braga, Livia Barbosa, Malu Fontes. Brasília: Imagens Livres, 2009. **1 filme (24 min), son, color, vídeo**.

Música citada:

BARBOSA, Raimundo Roberto Morhy. **Adocica**. CD Adocica, 1988.



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Morte e bioética: reflexões sobre um tema interdito

Carina Teixeira Leite ¹

Taiane Klein dos Santos Weissheimer ¹

Mariana Bassi ¹

Alberto Manuel Quintana ¹

¹ Universidade Federal de Santa Maria (UFSM)

RESUMO

As representações acerca da morte acompanham o homem ao longo de sua existência. Com as descobertas que a ciência propiciou, a percepção do homem em relação à morte modificou-se. Entre essas descobertas, o trabalho aqui apresentado destaca a morte encefálica, a qual possibilita a doação de órgãos do paciente em questão, que podem ser utilizados para salvar a vida de outros. Em tempos atuais, a morte encefálica e a doação de órgãos ainda são insuficientemente discutidas. Os candidatos a doadores e seus familiares sentem-se desamparados em termos de informações, uma vez que os próprios profissionais da área da saúde possuem conceitos difusos e incertos sobre o assunto. A doação de órgãos também implica diversos conflitos culturais, sendo perpassada por saberes e crenças determinantes na tomada de decisão. Nesse contexto, a bioética faz-se fundamental, pois são necessárias reflexões éticas sobre o que se deve ou não fazer em relação aos seres humanos. A ortotanásia e os cuidados paliativos são de enorme importância nessas reflexões, pois é preciso ter o cuidado de que o paciente não tenha seu sofrimento prolongado quando a morte se apresenta como inevitável. Esse trabalho tem por objetivo realizar uma reflexão acerca da forma como a doação de órgãos e a ortotanásia têm sido vistas pela população e pelos profissionais da área da saúde.

Palavras-chaves: morte; morte encefálica; bioética; ortotanásia



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

INTRODUÇÃO

A morte não é um tema fácil de abordar na sociedade atual; por mais que se saiba de sua inevitabilidade, as pessoas acabam excluindo esse assunto de suas conversas, e até mesmo de seus pensamentos. A impressão que se tem é de que morte é um tabu – algo estranho, proibido, que não deve ser falado e que não faz parte das nossas realidades. E a medicina colabora cada vez mais com essa tendência, uma vez que, com seus avanços tecnológicos e científicos, cria maneiras de se evitar a morte ao máximo, proporcionando mais um tempo de vida àqueles que teriam a morte certa. Só que, juntamente com essas novas possibilidades médicas, vêm as questões éticas, do que se deve e do que não se deve fazer em relação aos seres humanos – e a bioética se ocupa bastante dessas discussões. Um exemplo disso é a ortotanásia, que, para muitos, mesmo da área da saúde, ainda é um conceito difuso, cheio de incertezas. Um estudo realizado com profissionais da enfermagem ilustra essa afirmação: pouco mais da metade dos entrevistados não sabia o que é ortotanásia, não respondeu sobre o assunto ou deu respostas incorretas (Biondo, Silva, Secco, 2009). Isso mostra o quanto ainda é necessário conhecer mais sobre o assunto e realizar uma maior reflexão em torno desse tema.

O objetivo neste trabalho, portanto, é tratar do assunto morte, perpassando o contexto hospitalar e suas implicações bioéticas. Analisa-se tal questão partindo da temática sobre doação de órgãos e morte encefálica, assim como das considerações atuais acerca da permissão da realização da ortotanásia no Brasil. Nesse sentido, far-se-á um apanhado da evolução do conceito da morte e a tecnologia envolvida nesse processo, assim como a criação de demanda para um novo serviço médico – consequência do avanço da tecnologia em torno da morte e do morrer – e a reconsideração atual da importância da possibilidade de morrer em ambiente familiar e acolhedor, em casos onde a cura já não será mais obtida.

DESENVOLVIMENTO

Os homens de hoje veem a morte muito diferentemente do que já foi percebida em épocas anteriores. Sabe-se (Ariès, 1977) que a morte já foi vista com naturalidade, como uma fase inerente à vida de todos nós, de forma que o morto era, inclusive, velado em um



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

dos cômodos de casa. Era um evento em que se recebiam parentes, vizinhos, amigos e crianças. A morte acontecia pelo enfraquecimento do corpo, pelo recolhimento do adoecido, que, com o acolhimento da família, tinha por perto, na hora da morte, quem o queria.

Essa atitude diante da morte mudou muito, principalmente desde a Alta Idade Média até a metade do século XIX. Ariès (1977) aponta para o fato de que essa mudança ocorreu de forma tão lenta que os contemporâneos não se deram conta, e parece ter começado com a ideia de que era preciso ocultar do moribundo a gravidade do seu estado. Apesar de ser uma etapa do desenvolvimento de cada ser vivo, a morte parece ter sido sempre desconcertante para os humanos, afinal, além de não ser fácil aceitar perder alguém que se ama, a ideia de sua própria finitude é angustiante. E esse mal-estar se amplia para a sociedade como um todo, que evita até mesmo mencionar a palavra morte – essa tem que ser negada, já que é motivo de vergonha e objeto de interdição.

A esse fator, como a outros tantos, atribui-se o fato de a tecnologia médica ter avançado tanto a ponto de prolongar a vida e possibilitar mais anos a um corpo que já dá sinais de desgaste. A instalação de Unidades de Terapia Intensiva e o uso do ventilador mecânico possibilitaram que a vida se estendesse. Pacientes que chegaram a morrer por parada cardiorrespiratória seguidamente foram ressuscitados, e assim se segue dando novo fôlego ao corpo que já vem fatigado. O mesmo ocorre com o transplante de órgãos, que é uma alternativa para aqueles que não teriam outra saída para suas doenças que não a troca do órgão doente por um saudável.

Em relação a isso, estudos sobre representações sociais de leigos acerca da doação de órgãos mostram que sua significação é perpassada pelos mais diversos saberes e crenças, fatores determinantes na tomada de decisão, que na maioria dos casos é negativa em relação a doar os próprios órgãos ou os de familiares (Quintana & Arpini, 2009). Porém, os profissionais envolvidos com a saúde e a vida humana apreendem o conhecimento acadêmico, adquirem conhecimento científico acerca do assunto, o que não implica que tenham significados diferentes dos leigos acerca do tema: a formação acadêmica profissional não substitui os conhecimentos recebidos ao longo da vida. São igualmente sujeitos perpassados por tantos saberes quanto os leigos, inseridos na mesma cultura, com crenças, religiões e valores, e que partilham das representações da sociedade em que estão imersos. Concomitantemente, são pessoas que ocupam o lugar do suposto



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

saber e podem ser tomados como referência em se tratando do assunto. Desse modo, considera-se que suas representações sobre morte, doação, transplante de órgãos influenciam de alguma maneira o saber popular, certamente compondo a tessitura de significações e interferindo na forma como a sociedade percebe e decide sobre o tema.

Os saberes são fluidos e as significações de um mesmo objeto são diversas, sendo frequentes as contradições entre uma e outra, justamente pelo fato de não serem determinadas apenas pelo conhecimento, mas também por emoções, crenças e atitudes. Significações atribuídas a um objeto por determinado coletivo de pessoas em determinado tempo equivalem a um somatório condensado de costumes, atitudes, crenças, saberes (científicos ou populares) e sentimentos, sendo transmitidos de geração a geração (Alves & Rabelo, 1998).

Na prática, quando um sujeito tem diagnosticada a morte encefálica e é um doador de órgãos, são tomadas as devidas providências para que o transplante se dê imediatamente, já que a vida dos órgãos está em jogo. Ou seja, o sujeito é diagnosticado como morto. No caso de não ser um doador, o processo segue como se aquele corpo ainda vivesse, vindo a sofrer falência múltipla dos órgãos dali a dois ou três dias aproximadamente, e a consequente parada cardiorrespiratória.

Nesse sentido, parece que para o profissional médico, principalmente aquele que atua na captação de órgãos, esse processo de diagnóstico de morte encefálica deveria estar mais claro. É uma noção ainda obscura, mas que não tem impedido o diagnóstico de morte encefálica, nem mesmo o incentivo a campanhas de doação de órgãos veiculadas.

No trabalho realizado por Krieger, Novellino, Mariushi e Moreira (2009), observou-se que 65,2% dos médicos não se acham aptos para explanar sobre informações básicas a respeito do transplante de córnea, e 6,7% não sabem informar a respeito. Ainda, 90,7% afirmaram sentir necessidade de obter mais informações e atualizações sobre o processo de doação. O que se nota é a evidência do escasso conhecimento dos profissionais de saúde, mesmo dos que atuam na UTI, sobre o processo de doação, o que seria fator gerador de desconfiança e medo em doadores e familiares, dificultando ou inviabilizando a doação.

Em contrapartida, também podemos notar o avanço da humanização em saúde, com as considerações sobre os cuidados paliativos (Kovács, 2003) e em relação ao paciente como um ser íntegro, que merece ter sustentada sua autonomia frente ao processo de



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

adoecer. Cabe salientar a crescente consideração dispensada aos cuidados paliativos e à possibilidade de a ortotanásia vir a figurar como resolução no Conselho Federal de Medicina. Ortotanásia significa a ocorrência da morte de forma que o paciente não tenha seu sofrimento prolongado frente a uma doença incurável. São-lhe administrados apenas analgésicos, mas qualquer forma de tratamento é interrompida. De acordo com Goldim (2004)

ortotanásia é a atuação correta frente a morte. É a abordagem adequada diante de um paciente que está morrendo. A ortotanásia pode, desta forma, ser confundida com o significado inicialmente atribuído à palavra eutanásia. A ortotanásia poderia ser associada, caso fosse um termo amplamente adotado, aos cuidados paliativos adequados prestados aos pacientes nos momentos finais de suas vidas.

No Brasil, a ortotanásia foi regulamentada pelo Conselho Federal de Medicina, a partir de uma resolução publicada em fins do ano de 2006. Sua prática está alinhada com o novo Código de Ética Médica do Conselho Federal de Medicina (CFM), que entrou em vigor em abril deste ano, e determina que o médico ofereça cuidados paliativos para deixar o paciente confortável, evitando exames ou tratamento desnecessários que prolonguem o processo de morte. São exemplos conhecidos de prática da ortotanásia o caso do papa João Paulo II, morto em 2005 (Lima, 2009), e do ex-governador de São Paulo Mário Covas, que optou por passar os últimos momentos de vida recebendo apenas cuidados paliativos. A situação vivida pelo ex-governador levou à aprovação de uma lei estadual que dá aos doentes o direito de não se submeter a tratamentos dolorosos e inúteis quando não há chance de cura.

Floriani e Schramm (2008), destacam que os cuidados paliativos começaram a ser organizados há cerca de quarenta anos, tendo em sua base a filosofia do movimento *hospice*. Este se caracteriza por ter emergido

dentro de um ethos que se fundamenta na compaixão e num tipo de cuidado do paciente que pretende ser global, estendendo-se aos cuidados à família, numa busca ativa de medidas que aliviem os sintomas angustiantes, em especial a dor, e que possam dar continente ao sofrimento do paciente, e encarando a morte como



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

parte de um processo natural da biografia humana e não como um inimigo a ser “obstinadamente” enfrentado (p.2128).

Os cuidados paliativos surgem, assim, para melhorar a qualidade dos últimos períodos da vida de doentes, quando não há mais nada que se possa fazer em termos de extirpar determinada doença que acomete o paciente. Dessa forma, assegura-se ao doente sua autonomia e a diminuição de dores e desconfortos, tratando-o de maneira mais humanizada. Silva e Sudigursky (2008) ressaltam que os cuidados paliativos têm se ampliado, abrangendo diversas áreas da saúde. Com isso, “pode-se dizer que o cuidado deve ser independente da cura. Os profissionais, por muitas vezes, priorizam a cura, e quando essa não é alcançada se sentem impotentes e esquecem do cuidado” (p. 507).

DISCUSSÃO

É interessante pensar em que sentido vem trabalhando a medicina quando trata de insistir obstinadamente em um corpo exaurido. Parece que não trabalha em prol desse corpo doente, afinal, inúmeras vezes, seus esforços vão além do que ele poderia suportar: muito são os casos em que a administração de novas drogas ou de novos protocolos só faz aumentar o sofrimento do paciente, assim como o desgaste da família.

Nesse sentido, acredita-se que a luta contra a morte se dá muito mais pela busca da onipotência médica frente a ela (Ariès, 1977; Kovács, 2003). Ou seja, ao realizar seu juramento¹⁸, em que a cura será seu foco, muitos médicos têm desconsiderado a totalidade do paciente que o procura, identificando doença como o alvo. Afinal, o papel do médico é salvar vidas. Como ele fica, assim como os outros profissionais da saúde, diante da sua incapacidade de lidar com o esvaecimento da vida? Estaria cumprindo seu juramento ao permitir a partida de alguém? Como se portar diante daqueles que ficam e que depositaram nele suas esperanças? Como ele lidará com o fato de não ter sido capaz de salvar aquela vida?

¹⁸ “Prometo que ao exercer a arte de curar, me mostrarei sempre fiel aos preceitos da honestidade, da caridade e da ciência, penetrando no interior dos lares, meus olhos serão cegos, minha língua calará os segredos que me forem revelados os quais terei como preceito de honra; nunca me servirei da minha profissão para corromper os costumes ou favorecer o crime. Se eu cumprir este juramento com fidelidade, goze eu a minha vida e a minha arte com a boa reputação entre os homens e para sempre; se dele me afastar ou infringir suceda-me o contrário”. Hipócrates – 460 a. C.



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Diante dos pacientes, eles ocupam um lugar de onipotência, de quem tem poderes de dar à vida novo fôlego (Kovács, 2010). Certamente, esse lugar é fundamental para o paciente, e ele próprio, assim como seus familiares, sustenta o médico e o enfermeiro nesse lugar, pois é o que lhe dá a esperança de seguir um tratamento e acreditar que sua vida não acabará.

No momento em que os profissionais da saúde se colocam nesse lugar de onipotentes, de heróis que podem vencer a morte, exigem de si tal resultado, o que é contraditório. Como manter essa posição diante de uma fase da vida que, sem dúvida, irá acontecer? Quão poderosos seriam esses profissionais para vencê-la, para mudar o ciclo inevitável da vida? Ocupariam o lugar de um verdadeiro deus...

Para o homem, é necessário acreditar na possibilidade da vida diante do sofrimento do morrer. “Como será continuar a viver sem essa pessoa que ocupa um espaço tão caro em minha vida?”, “como passarei meus momentos futuros sem poder compartilhar o sorriso desse amigo?”, “a quem recorrerei quando a vida me apresentar caminhos bifurcados?”, “alguém tem que trazê-lo de volta!” O profissional da saúde então assume tal papel, de alguém que tenta manter o paciente vivo, pois foi para isso que estudou, bem como foi esse seu juramento.

A morte, porém, em algum momento se apresentará, situação na qual o profissional da saúde sente-se fracassado. Era necessário assumir o papel de senhor da vida, mas de alguma maneira ele seria desbancado desse lugar, tendo que lidar com suas limitações humanas e com a (inevitável) finitude da vida.

Quando escapar da morte é uma situação impossível, surgem novas ideias de como lidar com esse fato desconcertante. E é nesse sentido que se considera a doação de órgãos: como uma resolução parcial diante da inevitabilidade da morte. Já que se tem de lidar com ela, nada melhor do que prevêê-la, diagnosticá-la e, quem sabe, adiantá-la. Dessa forma, o profissional da saúde consegue o controle, ainda que mínimo, sobre a morte: o futuro do paciente está sob sua responsabilidade. O diagnóstico de morte encefálica parece entrar na medicina para controlar os últimos sinais vitais do homem, bem como para legitimar o poder médico de usufruir das partes sãs daquele que morre, utilizando-as para salvar a vida de outros pacientes. Dessa forma, aquilo que morre passa a ser considerado um conjunto de partes que apenas desempenhavam suas funções corretamente em determinado paciente quando comandadas pelo seu cérebro.



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

A frieza com a qual se apresenta a ideia no parágrafo anterior é proposital, pois ressalta a forma como inúmeros profissionais tratam o corpo morto de seu paciente: mais uma captação de órgãos. É a necessidade humana de se livrar de emoções mobilizadas pela morte; isso significa passar a considerar aquela vida como mero corpo biológico que já não funciona como deveria (Quintana, 2009). Torna-se mais fácil lidar com situações desse tipo quando os sujeitos distanciam-se emocionalmente e empregam simplesmente a razão. É dessa forma que o profissional da saúde, muitas vezes, passa a lidar em seu ambiente de trabalho, afinal tomar contato com o que há de humano em cada história é por demais desgastante.

Considera-se uma resolução parcial à inerente finitude da vida, pois é sabido que morrer-se-á. E, diante disso, se coloca a compensação de que se pode salvar a vida de várias pessoas a partir da morte daquele um e da doação de seus órgãos. Parece plausível que, na impossibilidade de salvar a todos, a morte encefálica seja uma boa solução na medida em que o fim de um sujeito é a salvação de outros.

Inegavelmente, parece um contrassenso, mas, à medida do desempenho tecnológico nas ciências médicas, constatou-se que, a partir da morte encefálica, ou seja, da cessação do funcionamento cerebral, não haveria mais possibilidade de vida naquele corpo. Tal noção de morte foi considerada a partir de descobertas de que órgãos ainda com vida poderiam ser realocados em outro corpo com possibilidade de exercer suas funções, sem encontrar rejeição.

No entanto, é sabido que a consideração da morte encefálica ainda sofre resistências pelos profissionais da saúde, justamente por dar a um corpo que ainda mantém função cardiorrespiratória plena o status de morto. Como é para um profissional que jurou salvar vidas ter que atestar a morte de um paciente? Sabe-se que a equipe de saúde tem dificuldades quanto à consideração da morte encefálica, tanto por demandar conhecimentos avançados para seu diagnóstico (Moraes & Massarollo, 2009) quanto pelas questões legais envolvidas.

CONCLUSÕES

Com o escopo de trazer algumas considerações sobre a morte e a bioética, foram abordadas as noções de morte encefálica, que é uma etapa do processo de doação de



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

órgãos, bem como a questão dos cuidados paliativos e as atualidades no Brasil sobre a ortotanásia. Nesse sentido, nota-se que, enquanto por um lado avançam estudos e tecnologias propiciadores da doação de órgãos por doador-cadáver no mundo, também segue conquistando espaço a medicina paliativa, no intuito de considerar a autonomia do paciente e seu direito de decidir sobre seu tratamento.

O que se nota de divergente em relação às duas tendências é que, enquanto pela medicina paliativa a autonomia do paciente diante do processo de adoecer é defendida – podendo este eleger o tratamento que considera mais conveniente, ou mesmo não fazer qualquer tratamento diante da impossibilidade de cura –, no caso dos transplantes de órgãos, ainda não são claras algumas noções, como a de morte encefálica, mesmo para os profissionais da saúde. Isso dificulta a tomada de decisão frente ao processo de doação de órgãos. Pensa-se que devem ser consideradas questões representacionais sobre a morte e a doação de órgãos, o que implica abrir espaço para considerar emoções e sentimentos, ao invés de abordar o tema considerando apenas razões para ser um doador.

REFERÊNCIAS

- Alves, P. C. & Rabelo, M. C. (org.) (1998) *Antropologia da saúde: traçando identidade e explorando fronteiras*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Ariès, P. (1977). *O homem diante da morte*. Rio de Janeiro: Francisco Alves.
- Biondo, C. A.; Silva, M. J. P. da, & Secco, L. M. Dal (2009). Distanásia, eutanásia e ortotanásia: percepções dos enfermeiros de unidades de terapia intensiva e implicações na assistência. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 17(5), 613-619. Recuperado em 16 de maio de 2012, de http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n5/pt_03.pdf
- Floriani, C. A., & Schramm, F. R. (2008). Cuidados paliativos: interfaces, conflitos e necessidades. *Ciênc. saúde coletiva*, 13(2), 2123-2132. Recuperado em 17 de maio de 2012, de <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/630/63009617.pdf>
- Goldim, J.R. (2004). *Eutanásia*. Porto Alegre. Recuperado em 06 de dezembro de 2010, de <http://www.ufrgs.br/bioetica/eutanasi.htm>
- Kovács, M. J. (2003). *Educação para a morte: temas e reflexões*. São Paulo: Casa do Psicólogo, FAPESP.



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

- Kovács, M. J. (2003). Bioética nas questões da vida e da morte. São Paulo: Psicologia USP, 14(2), 115-167. Recuperado em 07 de dezembro de 2010, de <http://www.scielo.br/pdf/pusp/v14n2/a08v14n2.pdf>
- Kovács, M. J. (2010). Profissionais de saúde diante da morte. Morte e Desenvolvimento Humano. 1ª reimpressão, 5ª ed., 2008. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Krieger, M. A. L.; Novellino, A. M. de M.; Mariushi, A. C. M., & Moreira, H. (2009). Avaliação do conhecimento da população e dos profissionais da saúde sobre doação de córneas. *Jornal Brasileiro de Transplantes*, 12, 1054-1058.
- Lima, C. L. (2009). O direito de viver e morrer. Brasília, Conselho Federal de Medicina. Recuperado em 06 de dezembro de 2010, de http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=20629:o-direito-de-viver-e-de-morrer&catid=46:artigos&Itemid=18
- Moraes, E. L. de; & Massarollo, M. C. K. B. (2009) Recusa de doação de órgãos e tecidos para transplante relatados por familiares de potenciais doadores. *Acta Paulista de Enfermagem*, 22(2), 131-135.
- Quintana, A.M.; & Arpini, D.M. (2009) Doação de órgãos: possíveis elementos de resistência e aceitação. *Boletim de Psicologia*, 59(130), 091-102. Recuperado em 16 de março de 2012, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0006-59432009000100008
- Quintana, A.M. (2009). Morte e formação médica: é possível a humanização? In: A arte de morrer: visões plurais. Vol. 2., Franklin Santana Santos (organizador). Bragança Paulista, SP: Comenius.
- Silva, E. P. da, & Sudigursky, D. (2008). Concepções sobre cuidados paliativos: revisão bibliográfica. *Acta Paulista de Enfermagem*, 21(3), 504-508. Recuperado em 17 de maio de 2012, de http://www.scielo.br/pdf/ape/v21n3/pt_20.pdf



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Mudanças na dinâmica familiar a partir da descoberta de um câncer na criança

Jessica Vaz Lima ¹

Alberto Manuel Quintana ¹

Adelise Salvagni ¹

Shana Hastenpflug Wottrich ¹

Larissa Wagner Leal ¹

¹ Universidade Federal de Santa Maria (UFSM)

RESUMO

Este trabalho propõe-se a uma revisão da literatura no que diz respeito ao câncer infantil e suas repercussões familiares, bem como a apresentação de casos a partir das vivências ligadas a um projeto de extensão realizado em uma unidade de oncologia infanto-juvenil de um hospital-escola do interior do Rio Grande do Sul. O trabalho tem o intuito de apresentar, do ponto de vista dos cuidadores e familiares da criança internada, as implicações que o câncer infantil suscita na família da mesma. Objetiva-se analisar o que foi visto e vivido pelas extensionistas de um projeto, juntamente com os materiais teóricos que esclarecem algumas questões da hospitalização infantil e as consequências geradas na família. A metodologia utilizada foi uma revisão teórica do tema, juntamente com as considerações feitas pelas extensionistas, a partir da vivência (semanal) no local. Os resultados são baseados nas mudanças por qual passa a família ao enfrentar a hospitalização da criança, vistas como a mudança de cidade, afastamento da mãe de casa e o distanciamento da mesma do trabalho, as tarefas do lar como responsabilidade do pai e/ou de outro membro da família, a sobrecarga do cuidador e distanciamento dos membros da família. No que se refere às modificações, o abalo na estruturação familiar é algo que fica evidente, isto é, a família é quase sempre forçada, nestes casos, a se reorganizar. As conclusões acerca do trabalho trazem o câncer de uma criança como uma circunstância capaz de gerar uma nova dinâmica do funcionamento familiar - distinta daquela que, anteriormente, predominava na família. Isto ocorre porque todos os membros da família tendem a se adequar a um funcionamento que possa dar conta da estrutura da família, para



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

um melhor atendimento ao filho com câncer. O que fica claro é que, neste momento, o filho hospitalizado passa a ser a prioridade da família, principalmente do cuidador, o qual se mobiliza a fim de prestar os melhores cuidados possíveis à criança. Neste contexto a atenção deve ser dada a toda família, pois não é só o paciente hospitalizado que precisa ser visto na medida em que seus familiares acabam adoecendo também.

Palavras-chave: Família; Câncer infantil; Hospitalização infantil.

INTRODUÇÃO

O presente estudo foi realizado diante do desejo das extensionistas de um projeto de extensão em obter maior compreensão acerca das mudanças familiares ocorridas devido à internação de uma criança diante ao diagnóstico de câncer. O referido projeto tem o intuito de promover a saúde em crianças acometidas pelo câncer através de atividades que ocorrem em uma brinquedoteca da unidade hospitalar.

O trabalho propõe apresentar, do ponto de vista dos cuidadores e familiares da criança internada, as implicações da situação do câncer infantil no âmbito da dinâmica familiar. Tendo em vista que a família acompanha constantemente este processo, modificando-se significativamente para prestar os melhores cuidados possíveis ao filho doente. Segundo Romano (2008b), após a internação dos filhos os pais são privados de meros prazeres como dormir, comer ou fazer compras, bem como acabam afastando-se de seus familiares e amigos, focando totalmente a atenção para a internação do filho.

As acadêmicas vivenciavam, semanalmente, o funcionamento do setor de câncer infanto-juvenil do hospital-escola já mencionado, no ano de 2011, através de um projeto de promoção de saúde a crianças com câncer em internação hospitalar. É sabido que nas circunstâncias de um câncer infantil, o grupo familiar tende a se desestabilizar de alguma forma, devido à tamanha carga de sofrimento que lhes atinge. Na medida em que a criança apresenta sintomas físicos provenientes do câncer, a família tende a enfrentar uma batalha emocional devido à situação.

Através do olhar diferenciado do psicólogo a esta demanda, é possível afirmar que a família movimenta-se no sentido do esforço para atender as demandas do filho doente, tentando exercer o máximo cuidado ao filho hospitalizado. Surge então uma imensa



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

sobrecarga aos cuidadores da criança, podendo desencadear um adoecimento do familiar. Para Quintana, Wottrich, Camargo, Cherer e Ries (2011), parece haver um esforço no sentido de exercer controle sobre a situação de adoecimento por parte dos cuidadores/familiares. Segundo os autores, emergem desta situação, além de sentimentos de impotência e culpa, uma situação de sobrecarga implicada na posição onipotente em que se coloca o cuidador principal - da impossibilidade em exercer controle na doença do filho, culminando no sentimento de desamparo.

Temos como objetivos para este trabalho apresentar percepções das extensionistas acerca das vivências em ambiente hospitalar junto a crianças com câncer, principalmente sobre os acompanhantes; fazer uma reflexão teórica a respeito dos desafios e sentimentos da família diante da descoberta de um câncer na criança e dos momentos de internação.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão teórica sobre o tema, realizada juntamente as considerações obtidas pelas extensionistas do curso de psicologia, a partir de vivências em uma unidade de oncologia infantil de um hospital-escola. Os relatos das experiências foram registrados por cada uma das extensionistas em diários de campo. Foram utilizados textos que se interligam com as questões e situações presenciadas junto às famílias das crianças internadas no ambiente hospitalar e leituras de relatórios dos diários de campo e recordações. Existia um espaço de supervisão para que as extensionistas pudessem refletir sobre suas experiências com o apoio de um profissional. Havia também outro espaço para realização de leituras referentes à temática do projeto. As extensionistas freqüentaram o espaço durante o ano de 2011 até janeiro de 2012.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Ao saberem a notícia da doença da criança, os familiares entram em um estado de não compreensão do que está acontecendo, perdem os sentidos e tentam negar a condição do filho (Santos & Incontri, 2007). O sentimento que os familiares experimentam após o anúncio do diagnóstico do câncer e até mesmo na etapa pré-diagnóstica, se relaciona com o que é apontado pela literatura como um processo de luto antecipatório (Parkes, 1998),



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

sendo este referente a inúmeras modificações e sentimentos de perda que a doença e o tratamento impõem, não somente relacionado com a morte.

Durante o acompanhamento da chegada de um menino e seus familiares ao hospital, pode-se observar que a família que o acompanhava estava com medo, incertezas, estavam aparentemente perdidos e apáticos, principalmente a irmã do menino, a qual, posteriormente, tomou o lugar de cuidadora do mesmo no ambiente hospitalar. Com o decorrer do tempo, pode-se perceber que esses sentimentos amenizaram, dando lugar a outros. A irmã deixou de estar apática e conseguiu compreender mais sobre a doença, o que lhe possibilitou agir, na medida do possível, para ajudá-lo.

Através do que nos trazem Santos & Incontri (2007) os sentimentos e sensações mais frequentes nas pessoas que estão com doenças crônicas e/ou seus familiares são: insegurança, abandono, raiva, culpa e o próprio medo da morte. Isso pode ser observado constantemente no ambiente descrito. Muitas queixas puderam ser escutadas, sendo elas referente à insegurança do tratamento, ao abandono (principalmente de Deus), sentimentos de culpa como se a doença pudesse ter sido instaurada por algo que os pais ofereceram no desenvolvimento da criança, e o medo da morte. Nos dias em que ocorreu óbito, o sofrimento dos pacientes e acompanhantes se espalhava por todo setor e a tristeza atingia a todos, aumentando mais a tensão, os medos e as angústias.

O sentimento de ‘culpa’, por parte de familiares, surgia por acharem que podiam ter feito alguma coisa errada, por exemplo, na alimentação ou pela falta de cuidados quando as crianças se machucavam em casa. Muitas vezes, pode-se notar que a raiva assumia outros endereçamentos, passando a atingir médicos, enfermeiros ou outros familiares que estavam presentes e isso pode ser visto como uma maneira dos familiares enfrentarem a hospitalização.

Ao terem de lidar com um novo fator, como a doença, a família acaba tendo que se ajustar a um novo formato, de forma que seja possível o atendimento do filho com câncer. Segundo Kovács (2003), o surgimento de uma doença, em qualquer um dos membros do grupo familiar, vai provocar uma reorganização e distribuição de papéis. Os papéis são adaptados conforme as mudanças dos membros, das condições internas e externas do grupo, aqui familiar. A família se modifica para manter o equilíbrio, a existência e a organização, para isso é importante notar os recursos que as pessoas dispõem para lidar com essa crise (aqui se deve ver que não é só em questão material, mas o quanto estão



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

estruturados psiquicamente para lidar com os problemas), e o quanto darão de importância para o acontecimento (Romano, 2008a).

A partir disso, pode-se pensar nas famílias que se estruturam para que a mãe possa ir para o hospital com a criança e o pai passe a tomar conta dos outros filhos e da casa, às vezes podem contar com a ajuda de uma avó ou outro membro da família. Há também, aquelas mães que diante as circunstâncias do tratamento do filho, além de se afastar de casa, afastam-se também da sua cidade, bem como do seu emprego. Contudo, as atividades do cotidiano familiar tendem a ser modificadas, a fim de se adequar ao novo formato social e também financeiro. É neste sentido que observamos a existência de um movimento em busca da preservação da família diante das circunstâncias do câncer (Romano, 2008a).

As famílias precisam se modificar para poder realizar as novas tarefas, tais como um membro ter que permanecer no hospital, o que pode ser visto como bastante desgastante e cansativo e o outro que deve assumir outras funções (aqui entram questões materiais e psicológicas, já que o outro membro principal tem que sair um pouco de casa) (Romano, 2008a).

Diante disso, pode-se perceber que algumas famílias não conseguem se organizar e acabam se distanciando, pois o marido não conseguiu tomar frente dos problemas domésticos, ou acha que a mulher deixou de amá-lo e só se preocupa com o filho, enfim, são múltiplos os desdobramentos que podem ocorrer nesta situação. Nesta perspectiva, nota-se alguns casos em que a internação do filho com câncer implica em conflitos familiares, principalmente matrimoniais. Assim, a desestruturação familiar inicia pelo desequilíbrio da relação na unidade conjugal, através do rompimento dos laços afetivos entre o casal a fim de dedicarem-se exclusivamente ao filho (Silva, Weiss, Bernardes & Souza, 2006).

Romano (2008a) mostra que a hospitalização de um integrante da família gera estresse e desequilíbrio no grupo, chegando a ser vista como uma ameaça a este. Para restaurar o equilíbrio, as pessoas farão tentativas motoras e afetivas. Nota-se que as mães que permanecem no hospital junto a um filho, acabam se afastando de outros, esse filho doente passa a demandar mais atenção, cuidado e carinho. Entretanto, muitas se ‘culpam’ por não poder estar com os que permaneceram em casa, pois esses também pedem seu olhar, se sentem, muitas vezes, inferiores frente ao irmão que está junto à mãe.



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Em grande parte das famílias observadas, são as mulheres, geralmente as mães, que assumem o posto de cuidadora principal, dedicando todo o seu tempo ao filho em ambiente hospitalar por vinte e quatro horas diárias. Posto isso, fica evidente a sobrecarga destas pessoas diante de tantas atividades em função dos cuidados do filho, bem como o sofrimento por estar vivenciando o fato da doença, não tendo mais tempo para si e para o restante da família.

O afastamento de casa e a hospitalização levam o paciente e seu acompanhante à quebra da rotina, ao sentimento de isolamento e à perda de controle (Romano, 2008a). Não raro, mães procuravam as extensionistas para poder falar sobre suas funções fora do hospital, antes e depois da internação; das mudanças em suas vidas; dos filhos que ficaram em casa e não as chamam mais de mãe e não as reconhecem

Romano (2008a) traz as impressões da família sobre o grupo de apoio. Talvez o mais importante seja a percepção de que elas não estão sozinhas e que podem compartilhar seus sentimentos. Quando a família vivencia a internação prolongada de seu filho, necessita de apoio emocional e da solidariedade de sua rede social. Neste processo a família precisa de conforto e cuidado, sugerindo, desta forma, espaços para criação de vínculos entre as pessoas do ambiente hospitalar (Silva, Weiss, Bernardes & Souza, 2006). Esta importância pode ser evidenciada quando os cuidadores têm maior abertura para comunicar-se com a equipe de saúde, quando recebem apoio de outros membros da família ou de amigos, parentes e vizinhos durante a internação e também quando utilizam de espaços de convivência com outras mães dentro no hospital.

A partir disso, algumas mães tendem a se sentir mais amparadas e confortáveis dentro deste contexto, possibilitando que ela possa se sentir mais disposta e preparada para enfrentar o processo de tratamento do filho. Nestes espaços, as cuidadoras podem perceber situações semelhantes, também de doença, assim como observar evoluções nos quadros de outras crianças e aprender com outras mães e/ou equipe de saúde a melhor forma de enfrentar a doença da criança. Contudo, diante de uma humanização das relações deste contexto nota-se uma redução significativa das ansiedades causadas pela não compreensão dos fatos e as responsáveis pelo interno passam a estar mais saudáveis e disponíveis a cuidar da criança doente.

O grupo de apoio também facilita que a equipe de saúde conheça melhor as famílias, percebendo quais precisam de mais atenção, quais são as necessidades e transmita



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

informações aos familiares para que também possam fazer intervenções (Romano, 2008a). Um grupo, coordenado pela psicóloga do hospital, ocorria semanalmente com o intuito de segurar um espaço para os acompanhantes da criança hospitalizada. O grupo acontecia em uma sala de recreação do setor de oncologia, em que os cuidadores eram convidados a participar a fim de permitir um diálogo sobre aquilo que lhes acometiam durante o processo de tratamento da criança. Além do auxílio de profissionais como a psicóloga do local e de uma enfermeira que também participava dos encontros, as mães encontravam um espaço para elas se ajudarem, umas as outras. Isto servia para que pudessem compartilhar seus sofrimentos, bem com amenizá-los.

Nestes momentos, as mães expressam livremente suas dores, frustrações e temores, compartilhando com suas colegas vivências em comum, onde até a simples troca de experiências exerce um poder terapêutico significativo e de fundamental importância para saúde mental destas mães. A identificação do grupo, por estarem vivendo situações semelhantes, contribui para amenizar sua angústia (“eu não sou a única”) além de oferecer espaço útil para troca de informações Romano (2008b).

Em meio ao que já foi exposto, percebe-se como importante a existência de um espaço onde haja comunicação, entre os familiares e o paciente, apenas entre os familiares, e ambos com a equipe de saúde. Para Silva et al. (2006), a comunicação é o passaporte para uma interação segura, harmoniosa e saudável. Deve-se mostrar que a verdade e a sinceridade são fundamentais para o bom andamento dos relacionamentos, inclusive com crianças pequenas. Dar suporte para os que solicitam e conseguir falar da morte como um processo natural da vida (Santos & Incontri, 2007).

Nota-se que quando a criança conhece a doença e o tratamento o processo torna-se mais fácil. Duas cenas que podem ser destacadas são: um menino de três anos que conhece sua doença e os procedimentos que serão tomados e ao lhe chamarem para fazer a quimioterapia ele consegue ir de forma tranquila; a segunda, se refere a outro menino de quatro anos que desconhece o que tem e as enfermeiras, junto com o pai, lhe colocam em cima de uma maca e o levam a força para fazer radioterapia. Este último andou pelos corredores e gritava com medo, pois perdeu a confiança por não saber o que seria feito com ele, por falta de comunicação.

O processo em função da doença da criança e pelo qual ela passa juntamente com seus familiares pode ser vista como uma grande crise, principalmente emocional. Desta



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

forma, é importante que se estabeleçam condições para que estas pessoas consigam enfrentar a crise da melhor forma possível, sem que haja mais repercussões. A família, ao ingressar neste mundo, está exposta ao desconhecido e sente-se angustiada, desamparada, insegura, culpada pelo fato de não saber o que está acontecendo ou de não ter o suporte necessário para enfrentar a situação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Dessa forma, nota-se que doenças crônicas na infância, tais como o câncer, influenciam todos os aspectos da vida da criança e de sua família. Esta situação acaba causando sofrimentos que vão além do diagnóstico do câncer infantil, como as marcantes mudanças que ocorrem na estrutura e dinâmica familiar. Tais transformações se dão pelo fato de o câncer ser considerado uma doença grave, com tratamento agressivo a criança e de longos prazos. Contudo, reorganizam-se para dar conta, da melhor forma possível, da crise instalada.

A dor da criança é a dor dos pais, que muitas vezes não podem fazer nada para que o filho deixe de sentir. O desespero de um pai ao ouvir seus gritos de dor na sala ao lado e de não ter como agir foi muito grande, isso pode ser visto pelos seus olhos cheios de lágrimas e as mãos inquietas que, naquele momento, não lhe pareciam úteis. Também pôde ser visto na dor das mães que descobrem que o tratamento das filhas não foi suficientemente eficiente e na notícia do médico ao informar que não há mais nada a ser feito pela cura da criança.

O familiar da criança internada passa grande parte do seu tempo no ambiente hospitalar, tendo suas outras tarefas excluídas do seu cotidiano atual, deixando de lado seus próprios cuidados para prestar cuidados exclusivos ao filho. Pode-se perceber, durante o tempo passado no setor de oncologia, que a maior parte das procuras eram feitas pelos acompanhantes das crianças e não tanto por essas. Muitas vezes essas buscas eram por uma escuta, outras para tirar dúvidas sobre a doença ou serviços oferecidos e desabafos a cerca de sofrimentos que as acometiam

Assim, o presente trabalho pretendeu contribuir para que se perceba a importância de que a atenção não seja destinada apenas às crianças internadas, tendo em vista que seus familiares, inevitavelmente, entram em um processo de sofrimento frente às circunstâncias



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

da doença. Sendo assim, deve-se apresentar um espaço que ofereça suporte para os acompanhantes da criança também, a fim de evitar um maior sofrimento da família como um todo.

Sendo assim, recomendamos que os profissionais da saúde foquem mais nas famílias e não só para os pacientes, pois esses acabam ficando em segundo plano e acabam adoecendo também, o que acaba por prejudicar a saúde e a recuperação da criança hospitalizada. Sabe-se que este é um desafio para equipe, que muitas vezes só está preparada para prestar os cuidados físicos, focado na saúde da criança. Por isso, torna-se necessário que a psicologia esteja presente neste processo como facilitadora do mesmo, a fim de indicar um espaço que dê conta das questões familiares envolvidas na hospitalização.

REFERÊNCIAS

- Kovács, M. J. (2008). *Educação para a morte: Desafio na formação de profissionais da saúde e educação*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Quintana, A. M., Wottrich S. H., Camargo V. P., Cherer, E. de Q., & Ries, P. K. (2011). Lutos e lutas: Reestruturações familiares diante do câncer em uma criança/adolescente. *Psicol. Argum.*, Curitiba, 29(65), p. 143-154.
- Parkes, C. M. (1998). *Luto: Estudos sobre a perda na vida adulta*. São Paulo: Summus.
- Romano, B. W. (2008a). *Princípios para a prática da psicologia clínica em hospitais*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Romano, B. W. (2008b) (org). *Manual de psicologia clínica para hospitais*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Santos, S. F. E., & Incontri, D. (2007). *A Arte de Morrer - Visões Plurais*. São Paulo: Editora Comenius.
- Silva, L. C., Weiss, E. W., Bernardes D. B., & Souza, A. I. J. (2006). *Hospitalização e morte na infância: Desafios das famílias*. Acesso em 19 de maio de 2012, disponível em ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/refased/article/viewArticle/8024.



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Mulheres que entregam os filhos: reflexões à luz do mito do amor materno

Bruna Maria Corazza Martins ¹

Samara Silva dos Santos ¹

Dorian Mônica Arpini ¹

Aline Siqueira Cardoso

¹ Universidade Federal de Santa Maria (UFSM)

RESUMO

O presente estudo tem por objetivo refletir sobre as questões que permeiam a maternidade, o abandono e a entrega de bebês, em vista da Lei nº 12.010/2009, a “Nova Lei Nacional de Adoção”, que prevê o acompanhamento de gestantes que manifestem o desejo de entregar o filho para adoção. Nesse cenário, as concepções de que a maternidade é inata a todas as mulheres e de que estas devem amar e desejar seus filhos incondicionalmente permeiam o discurso social, influenciando a percepção de julgamento moral sob as mulheres que decidem abandonar ou entregar seus filhos para adoção. Diante disso, mostra-se importante problematizar essa realidade, visto que os casos de abandono e de entrega de recém-nascidos são noticiados com certa frequência na mídia brasileira. Ainda, como são temáticas poucos exploradas cientificamente, faz-se importante a reflexão e a compreensão mais ampla dessa situação, para que tanto o desejo da mulher seja ouvido, como o atendimento e o encaminhando da criança sejam bem realizados, possibilitando-lhe um desenvolvimento mais saudável. Assim, os preceitos Lei nº 12.010/2009 poderão ser garantidos, e o acolhimento às gestantes poderá ser mais humanizado, sem julgamento, nem exclusão social.

Palavras - chave: Maternidade; Adoção; Abandono de bebês; Entrega de bebês.

INTRODUÇÃO



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Os temas da adoção e do abandono de crianças estão presentes na mídia e na realidade brasileira. Não raro, são encontradas notícias sobre o grande número de famílias que aguardam anos na fila de adoção, como também, notícias sobre mulheres que deixam seus filhos recém-nascidos em esgotos, lagos ou latas de lixo. Estes dados evidenciam a complexidade da questão: se existem tantas famílias aptas para adoção, porque muitas mulheres, adultas e adolescentes, abandonam suas crianças em situação de risco de morte? Mostra-se importante problematizar e provocar uma reflexão sob essa realidade, em vista da Lei nº 12.010/2009, a “Nova Lei Nacional de Adoção”, que prevê o acompanhamento de gestantes que manifestem o desejo de entregar o filho para adoção. Nesse sentido, o objetivo desse estudo teórico é refletir sobre as questões que permeiam o abandono de filhos e a decisão de entregar o filho para adoção. Para alcançar o objetivo, serão discutidos aspectos das concepções sociais relacionados à decisão pelo abandono ou entrega do filho. Por se tratar de temáticas ainda pouco exploradas cientificamente, e ao mesmo tempo, fundamentais para se pensar na garantia de um desenvolvimento saudável as crianças e de um acolhimento às mães, faz-se necessário levantar aspectos importantes envolvidos nesse processo.

DESENVOLVIMENTO

A mãe e a maternidade têm sido focos de pesquisa tanto em âmbito nacional quanto internacional. Apenas recentemente tem havido uma explosão de estudos sobre o pai e a paternidade, demonstrando o aumento do interesse sobre o pai, enfocando também a importância da participação paterna no desenvolvimento dos filhos. Em um levantamento realizado na base de dados Scielo, com as palavras-chave “maternidade” e “paternidade”, no período de 1970 a 2012, encontraram-se 803 estudos sobre a maternidade e, no período de 1999 a 2012, 137 estudos sobre paternidade. Fica notório que os estudos voltaram-se muito antes às questões do papel da mulher no desenvolvimento dos filhos, desde 1970, do que do homem, somente a partir de 1999. O maior enfoque na mulher diante dessa relação, bem como nas expectativas sociais quanto seu desempenho na função materna são cobranças sociais e históricas, carregadas de concepções do ser mulher ligado à maternidade.



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Pensando sobre isso, percebe-se que as mulheres que não desejam a maternidade, que entregam o filho para adoção, ou o abandonam, não serão, nem o são, bem vistas na sociedade brasileira. Quando isso ocorre, é comum se ouvir comentários pejorativos e carregados de juízo de valor direcionados a essas mulheres. Porque é tão difícil conceber a recusa de ser mãe? Porque as mulheres são julgadas tão cruelmente por entregar seus próprios filhos, sem que a motivação seja levada em consideração? E porque uma vez que façam, é esperado um sentimento de sofrimento que as impeçam de seguir suas vidas?

Uma das hipóteses que podem ser lançadas para explicar essas concepções está relacionada ao “mito do amor materno”, proposto pela filósofa francesa Elisabeth Badinter (1980). Badinter (1980) apresenta a existência de uma concepção de maternidade inata a todas as mulheres e de um instinto materno que pressupõe um amor forte e incondicional das mães para com seus filhos. Segundo ela, esta concepção é construída socialmente, alicerçando o papel social da mulher, papel este que deveria ser o de cuidar, prover e nutrir seus filhos. Hoje, ainda se percebem resquícios fortes da concepção do “mito do amor materno”, pois o imperativo biológico ainda se sobrepõe e leva as pessoas a julgarem negativamente as mulheres que entregam seus filhos.

Segundo Badinter (1980), a atribuição do amor incondicional ao filho advém da natureza “boa” da mulher, logo, se a mulher rejeita o filho ou deseja entregá-lo, passa a ser vista e considerada como “má”, pois não exerceu suas funções. Assim, o que pode levar a mulher a não entregar o filho, mas sim a expô-lo a situações de risco (latas de lixo, esgotos, etc.) pode estar relacionado ao imperativo dessa concepção. Este é tão arraigado às concepções sociais do exercício da maternidade e do amor incondicional que as mulheres que o recusam ou não desejam desempenhá-lo, sentem o peso social de tal escolha, sofrendo certa “culpabilização” diante do social e, talvez, diante de si mesmas, por terem desviado da regra e do imperativo biológico.

Barbosa (2011) cunha o termo “mulheres-monstros”, referindo-se à forma como as mulheres que entregam seus filhos são vistas e julgadas socialmente. Tal recusa, segundo a autora, não pode acontecer, independente da situação em que a mulher se encontra. Assim, ao não corresponderem às expectativas sociais fortemente ligadas ao papel da mulher como mãe, elas acabam violentadas e silenciadas pelo ato da entrega.

Entretanto, ressalta-se que a prática do abandono e da entrega de recém-nascidos e crianças não é atual, já que ocorre desde os séculos passados. A Roda dos expostos é



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

considerada a primeira instituição que recebia crianças abandonadas e /ou entregues de forma anônima. A primeira Roda foi instalada em Roma, no ano de 1198, no Hospital do Espírito Santo (Trindade, 1999). No Brasil Colonial, Nascimento (2007) traz que crianças “ilegítimas”, bastardas, frutos de relações extraconjugais, ou de situações que não eram aprovadas pela sociedade da época eram abandonadas e expostas nas ruas, em frente às igrejas ou casas de misericórdia. Tal prática era recorrente na época para não manchar a honra das mulheres que se envolviam em relações proibidas, por ausência de condições materiais, ou ainda pela esperança de proporcionar condições melhores de vida à criança.

Mais tarde, no Brasil, começaram a serem instaladas as primeiras Rodas de Expostos/ Casa da Roda, por volta do século XVIII. As primeiras foram instaladas em 1726 na Bahia, 1738 no Rio de Janeiro e em 1825 em São Paulo. As rodas, mantidas pelas Santas Casas de Misericórdia, acabaram por tentar dar conta da problemática social do abandono, tornando-se locais de referência à entrega das crianças que antes eram abandonadas nas ruas. A roda acolhia crianças indesejadas, frutos de relações proibidas e oriundas de famílias muito pobres, em condições miseráveis (Trindade, 1999).

Assim, cabe destacar uma importante distinção entre entrega e abandono de criança trazida por Barbosa (2011). O abandono, segundo o Código Penal Brasileiro, caracteriza-se por abandonar pessoa incapaz de defender-se sozinha. Já na entrega a uma família, confia a criança aos cuidados de outras pessoas em consentimento. Menezes (2007) também enfatiza essa diferença, pois há uma tendência em se compreender toda doação como abandono. Para a autora, o abandono pressupõe uma separação definitiva entre a mãe e o bebê, havendo pouca preocupação com a vida da criança, na medida em que ela fica desamparada. Entretanto, na doação, a mãe, mesmo com as impossibilidades (psíquicas, econômicas, sociais) de estar com seu filho, ainda deseja preservar sua vida, e para tal, entrega-o para adoção.

Nesse sentido, mesmo com a possibilidade de entrega à adoção em que famílias esperam na fila há anos, porque as mulheres acabam abandonando seus filhos em locais inóspitos? Apesar de as práticas de entrega e abandono serem antigas, estudos científicos que abordam as mães que desejam entregar seus filhos à adoção, assim como os motivos que levaram à entrega, as características pessoais, as condições socioeconômicas e as situações familiares dessas mulheres são pouco conhecidos. Em estudos internacionais, como os de Aloi, (2009), Condon (1986), Najman, Morrison, Keeping, Andersen e



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Williams (1990), aborda-se a perspectiva da mãe que entrega o filho para adoção, destacando o sofrimento e a marca que esta decisão traz para suas vidas. O estudo de Najman *et al.* (1990), realizado com 64 mulheres australianas que entregaram seu filho para adoção, traz que elas, predominantemente, possuíam no máximo 18 anos, não haviam planejado nem desejado a gestação, não contavam com a ajuda do parceiro e advinham de famílias em condições socioeconômicas desfavorecidas. Condon (1986), em outra pesquisa australianas, encontrou doença mental nas mulheres que entregaram seus filhos, principalmente sintomas de depressão e psicossomáticos.

No Brasil, Fernandes, Lamy, Morsch, Filho e Coelho (2011) através de entrevistas com 12 mães, visavam a analisar a rede de eventos que influenciaram a intenção de abandono de bebês prematuros internados em UTIs neonatais. A partir da análise das entrevistas, puderam inferir uma série de eventos familiares, de questões sociais e políticas e de vivências pessoais que influenciaram a intenção ou a realização do abandono de bebês prematuros. Na pesquisa, os autores encontraram que muitas mães que abandonaram o seu bebê vivenciaram situações de abandono, aparecendo nos casos relatados, o abandono familiar e social, e o abandono pelo companheiro.

Nesse sentido, Menezes (2007) entrevistou seis mães, investigando sua história de vida, suas motivações e o significado que atribuíram à maternidade, a fim de poder compreender os sentimentos e os motivos que as levaram a entregar seus filhos, bem como as repercussões em suas vidas. Segundo o estudo, as condições sócio-econômicas foram a principal motivação consciente das mulheres à doação do filho. Nesse cenário, aliaram-se o nível de escolaridade baixo e os precários salários, assim como a incerteza do trabalho, a ausência de apoio familiar e do parceiro e a idade precoce em que foram mães pela primeira vez. Percebeu-se também, na vivência das mulheres, dificuldades econômicas e, principalmente, privação de afeto, com ausência da figura materna na maioria das entrevistadas.

A autora enfatizou ainda o sofrimento vivenciado pelas entrevistadas, cujas histórias de abandono, privação e ausência de apoio familiar e social em todo seu desenvolvimento emocional e no momento de gravidez, em que ficaram mais suscetíveis e frágeis, desencadeou a dificuldade e a impossibilidade que elas têm de se verem exercendo a função materna. As entrevistadas entregaram seus filhos, pois se sentiram incapacitadas para nutrir e cuidar deles (Menezes, 2007).



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Frente a essa realidade, a Lei nº 12.010, conhecida como a “Nova Lei Nacional de Adoção”, promulgada em agosto de 2009, vem para aperfeiçoar os mecanismos de promoção e garantia do direito fundamental à convivência familiar e comunitária, à medida que preconiza acompanhamento psicológico e acolhimento judicial das gestantes ou mães que manifestem o desejo de entregar seu filho para adoção. Assim, vislumbra-se a possibilidade de um acolhimento sem julgamento às gestantes e às mães que desejam fazer a entrega, a fim de que a prática do abandono da criança não aconteça e que a mulher sintase segura a tomar sua decisão de entrega. No entanto, será que os profissionais da saúde estão preparados para lidar com tal situação? Como reagem diante dessas mulheres? Tais questionamentos são importantes, em vista do que a Lei nº 12.010/2009 visa a garantir.

Böing e Crepaldi (2004) escreveram a experiência do serviço de psicologia na maternidade de um hospital de SC no desenvolvimento da maternagem. Esta experiência consistiu no acolhimento dos bebês nascidos na instituição e abandonados ou entregues para adoção, a fim de garantir os cuidados, a transmitir afeto, a disponibilidade de atenção, cuidados essenciais para o desenvolvimento emocional, físico e mental do recém-nascido. No contato com a mãe/família que manifestou desejo de entregar o filho à adoção na maternidade do hospital, houve uma conversa mediada pela psicóloga, a respeito de todos os aspectos que envolviam a decisão de entregar o filho à adoção. As autoras ressaltaram que não há julgamento, nem influência na decisão materna, mas sim uma postura compreensiva e receptiva para atender ao desejo da mãe, encaminhando o bebê já para maternagem e, posteriormente, à mãe adotiva/substituta. Nesse sentido, percebeu-se a preocupação tanto com a mãe, como com o bebê, dando suporte a ambos. Acolheu-se o desejo de entrega da mãe e também se possibilitou a essencial maternagem ao bebê, visto que as rupturas e ausências de cuidado nessa fase da vida influenciam o desenvolvimento saudável da criança.

CONCLUSÕES

Problematizar as questões que envolvem a maternidade, a entrega e o abandono de bebês, diante da Nova Lei da Adoção é importante para se refletir os aspectos envolvidos nessas situações. Diante dessa nova perspectiva da lei, a concepção arraigada do mito do amor materno é posto em cheque, visto que tais julgamentos estigmatizam a mãe e ainda



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

podem contribuir para a desproteção de crianças e adolescentes. Os profissionais da saúde, como agentes comunitários de saúde, médicos, enfermeiros e técnicos da atenção básica, como também do centro obstétrico deverão estar dispostos a ouvir e a acolher as mulheres que chegam até eles. Nesse sentido, é importante que o acolhimento das mulheres que desejam entregar seus filhos para adoção não seja carregado de julgamento, mas sim permeado de compreensão do desejo materno e de encaminhamento e cuidado com a criança envolvida. Apesar da Lei nº 12.010/2009 preconizar tal acolhimento, entende-se que o mito do amor materno esteja ainda muito presente nas concepções a cerca da maternidade, o que influencia o modo como esses profissionais lidam, ouvem e acolhem essas mulheres.

Essas mulheres precisam ser ouvidas, respeitadas em seus desejos, não excluídas e abandonadas pelo social novamente. Segundo os estudos apresentados, muitas mulheres tiveram vivências de abandono em suas vidas e relações frágeis com os familiares e o parceiro/pai da criança. Não se sentindo apoiadas no exercício da maternidade e no desejo pela entrega da criança para adoção, acabam por se sentirem encurraladas na tomada de decisão. Sustentar sozinha a maternidade em meio a situações econômicas e emocionais não favoráveis ou entregar o filho para adoção e ser julgada socialmente por não desejá-lo e amá-lo incondicionalmente, segundo o mito do amor materno, são situações difíceis de serem vivenciadas. Nesse sentido, parece que muitas não veem alternativas e acabam abandonando os filhos em situações de risco de vida.

Uma compressão mais ampla, reflexiva e que leve em conta a situação da mãe na decisão de entrega do filho é importante, para que tanto a mulher, como a criança sejam atendidas, cuidadas e ouvidas. Dessa forma, os preceitos do acolhimento da Lei nº 12.010/2009 serão garantidos.

REFERÊNCIAS

- Aloi, J. A. (2009). Nursing the disenfranchised: women who have relinquished an infant for adoption. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16(1), 27-31.
- Badinter, E. (1980). *Um amor conquistado: o mito do amor materno*. Rio de Janeiro: Editora Fronteira.



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

- Barbosa, A. P. da S. (2011). Mulher – monstro: violência contra a mulher que entrega o filho em adoção e a Lei 12.010/09. *Anais do II Simpósio Gênero e Políticas Públicas, Londrina, PR, Brasil*.
- Brasil (2009). *Lei nº 12.010, de 03 de agosto de 2009*. Brasília, DF.
- Böing, E., & Crepaldi, M. A. (2004). Os efeitos do abandono para o desenvolvimento psicológico de bebês e a maternagem como fator de proteção. *Estudos de Psicologia, (Campinas)*, 21(3), 211-226.
- Condon, J. (1986). Psychological disability in women who relinquish a baby for adoption. *The Medical Journal of Australia*, 144(3), 117-119.
- Fernandes, R. T., Lamy, Z. C., Morsch, D., Filho, F. L., & Coelho, L. F. (2011). Tecendo as teias do abandono: além das percepções das mães de bebês prematuros. *Ciência e Saúde Coletiva*, 16(10), 4033-4042.
- Menezes, K. F. F. L. (2007). *Discurso de mães doadoras: motivos e sentimentos subjacentes a doação*. Dissertação de mestrado, Universidade Católica de Pernambuco, Recife, PE, Brasil.
- Najman, J. M., Morrison, J., Keeping, D., Andersen, M., & Williams, G. (1990). Social factors associated with the decision to relinquish a baby for adoption. *Community Health Studies*, 14(2), 180-189.
- Nascimento, A. C. do (2007). Frutos da castidade e da lascívia: as crianças abandonadas no Recife (1789-1832). *Revista Estudos Feministas*, 15(1), 67-83.
- Trindade, J. M. B. (1999). O abandono de crianças ou a negação do óbvio. *Revista Brasileira de História*, 19(37), 35-58.



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Não aceitação da gravidez e desenvolvimento infantil

Angela Helena Marin ¹

Olga Garcia Falceto ²

Martha Collares ³

Pânla Longhi Lorenzoni ⁴

Júlia Oroval

Carmen Luisa Fernandes ³

Ângela Diehl ⁵

¹ Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS)

² Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)

³ Grupo Hospitalar Conceição (GHC)

⁴ Instituto Fernando Pessoa

⁵ Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre

RESUMO

O presente estudo buscou investigar como uma gravidez não planejada e não aceita pode afetar o desenvolvimento da criança e quais são os fatores sociodemográficos, das relações familiares e da rede social que podem interatuar nessa relação. Participaram 85 mulheres porto-alegrenses que não planejaram suas gestações e que tiveram seus filhos em hospital público, as quais foram divididas em dois grupos: nove delas não aceitaram a gestação e as outras 76 a aceitaram até o quarto mês. Elas responderam a entrevistas sobre a gravidez e o parto, inclusive sobre o planejamento e a aceitação da gestação, o relacionamento do casal e o impacto do nascimento da criança na vida da família e dos pais, em especial sobre o apoio prestado pelos maridos/companheiros e pelas famílias de origem. Os resultados assinalaram uma diferença estatisticamente significativa entre os grupos ($p < 0,001$), apontando que as crianças filhas das mães que não aceitaram a gestação apresentam maiores dificuldades em termos de desenvolvimento aos quatro anos de vida do que as crianças filhas das mães que aceitaram a gestação, mesmo não tendo planejado a mesma. Destaca-se que o grupo de mães que não aceitou a gestação apresentou problemas



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

conjugais classificados como moderados a graves ($p < 0,05$) e possuíam maior número de filhos ($p < 0,09$). Tais achados indicam que as crianças com melhor desenvolvimento são frutos de gestações que, embora não planejadas, são aceitas, o que salienta a importância da relação da criança com seus cuidadores e indica a necessidade de que os profissionais de saúde que acompanham o pré-natal identifiquem a aceitação ou não da gestação, a qualidade da relação conjugal e o número de filhos, fatores que estiveram associados com as dificuldades de desenvolvimento da criança. A identificação desses fatores permitirá que se proponham intervenções que modifiquem essa relação com a gestação e, conseqüentemente, com a criança que está em desenvolvimento.

Palavras-chave: Planejamento da gestação; Aceitação da gestação; Desenvolvimento infantil.

INTRODUÇÃO

Um dos enfrentamentos comuns vividos pelas famílias ao longo do seu ciclo é o momento de gerar os filhos, fase vital do núcleo familiar que envolve uma transição de papéis e implica no despertar dos sentimentos de maternagem e paternagem (Dessen & Braz, 2000). A gestação tem sido compreendida como um momento particularmente feminino por tratar-se de um período de intensas mudanças biológicas, somáticas, psicológicas e sociais, que influenciam tanto a dinâmica psíquica individual como as demais relações sociais da mulher (Raphael-Leff, 1997; Szejer & Stewart, 1997). Contudo, a partir de um entendimento sistêmico, nota-se que toda a família passa por transformações, pois o nascimento dos filhos representa a sua perpetuação e expansão. Assim, todas as mudanças que ocorrem na família e em seus membros durante a gravidez, também afetam a própria construção da vivência da gestação (Piccinini, Lopes, Gomes, De Nardi, 2008) e possivelmente irão influenciar no planejamento e na aceitação da mesma.

A aceitação ou não da gestação também faz referência ao processo de formação do apego, que ocorre a partir do segundo trimestre da gestação, quando começam os movimentos fetais e as mães e pais passam a responder a eles acariciando a barriga e usando a linguagem para expressar sua vinculação (Denmark & Paludi, 1993). Assim, o espaço psíquico e real começam a se desenvolver, pois a mãe e seu marido/companheiro



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

vão dando espaço para o bebê em suas vidas, acomodando ou reformando a casa, comprando o berço e pensando o seu nome. Segundo Klaus e Kennell (1992), nesse período a mãe e o pai podem demonstrar mudanças significativas na sua atitude em relação ao bebê, e a gestação, mesmo quando não planejada ou desejada, pode ser melhor acolhida.

Por outro lado, a gestação pode continuar não sendo aceita, o que leva a consequências para a mãe e a criança. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), 75 milhões de gestações não são planejadas anualmente no mundo. Essa questão pode ser indicada como um grave problema de saúde pública porque quando a gravidez não planejada também não é aceita podem ocorrer tentativas de aborto.

Na América Latina, a taxa de aborto é de 32 para cada mil mulheres, a mais alta entre os continentes, e 95% dos abortos feitos na região são considerados inseguros (World Health Organization, 2008). No Brasil, onde o aborto é ilegal, estimativas realizadas em 2005, com base em internações hospitalares decorrentes de complicações provenientes de abortos registrados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), indicaram que ocorrem cerca de 1,5 milhões de abortos a cada ano, o que pode, inclusive, levar ao óbito materno.

OBJETIVO

O presente estudo buscou investigar como uma gravidez não planejada e não aceita pode afetar o desenvolvimento da criança e quais são os fatores sociodemográficos, das relações familiares e da rede de apoio social que podem interatuar nessa relação. Para tanto, investigaram-se as eventuais diferenças no desenvolvimento de crianças de quatro anos de idade cujas mães não planejaram as gestações, comparando-se dois grupos: um grupo de mulheres que não planejaram e não aceitaram a gestação e outro de mulheres que não planejaram, mas aceitaram a gestação até o quarto mês.

METODOLOGIA

Participantes

85 mulheres que não planejaram suas gestações e tiveram seus filhos em um hospital público, as quais foram divididas em dois grupos: nove delas não aceitaram a gestação e as



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

outras 76 a aceitaram até o quarto mês. As mães do primeiro grupo tinham idade média de 29 anos ($DP=8,43$), com escolaridade ($m=5,67$ anos; $DP=1,66$) e níveis socioeconômicos - NSE¹⁹ (39% classe C; 44% classe D; 17% classe E) diversos. Além disso, 89% delas tinham companheiro e moravam com ele. Quanto ao número de filhos, 56% delas eram mães de três filhos ou menos. Já as mães do segundo grupo tinham idade média de 24 anos ($DP=6,00$) e escolaridade ($m=6,93$ anos; $DP=2,78$) e NSE também variados (7% classe B; 47% classe C; 29% classe D; 17% classe E). Dentre elas, 75% tinham companheiro e moravam com ele. No que diz respeito ao número de filhos, 92% delas tinham três filhos ou menos. Quanto às crianças, 46% delas eram meninas e 54% meninos, bem como 26% eram filhos primogênitos.

Esta amostra faz parte de um estudo maior que avaliou os aspectos psicossociais envolvidos na saúde infantil e familiar de 148 crianças que nasceram em hospitais públicos no período de novembro de 1998 a dezembro de 1999, identificadas pelos registros de nascimento da Prefeitura. A área estudada foi o bairro Vila Jardim de Porto Alegre, região economicamente heterogênea, predominantemente de classe médio-baixa e baixa. Quando o bebê atingia a idade de quatro meses a família era convidada a participar da pesquisa. O Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas e do Grupo Hospitalar Conceição (GHC) aprovou o protocolo do estudo. Todos os sujeitos foram informados sobre os cuidados éticos relacionados à pesquisa com seres humanos e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido quando optaram pela participação.

Delineamento, procedimento e instrumentos

Foi utilizado um delineamento correlacional de grupos contrastantes (Nachmias & Nachmias, 1996), envolvendo um grupo de mulheres que não planejaram e não aceitaram a gestação e outro grupo de mulheres que não planejaram a gestação, mas a aceitaram até o quarto mês.

Para realização do estudo, aos quatro meses de vida da criança, foram realizadas visitas domiciliares às famílias que duravam cerca de duas horas. Inicialmente, os pais eram entrevistados sobre a gravidez e o parto, inclusive sobre o planejamento e a aceitação da gestação, o impacto do nascimento na vida da família, da mãe e do pai, em especial o

¹⁹ O NSE foi calculado com base na proposta do MARPLAN.



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

apoio prestado pelos pais e pelas famílias de origem. Além disso, também se questionava sobre o relacionamento do casal e a rede de apoio social. Após, o nível de funcionamento emocional da mãe e do pai e seus principais relacionamentos eram avaliados conforme os critérios do American Psychiatric Association's Diagnostic Manual - DSM-IV (1994) e da Avaliação Global do Funcionamento Relacional (GARF). Esta última escala classifica o grau em que a família ou o casal atende as necessidades operacionais e afetivas individuais e dos seus membros, de acordo com três áreas de funcionamento: 1) resolução de problemas, 2) estrutura familiar e 3) expressão afetiva entre o casal. Um escore global é atribuído, o qual varia de cinco (a unidade relacional está funcionando de forma satisfatória, de acordo com o relatório dos participantes e da perspectiva dos entrevistadores) a um (a unidade relacional tornou-se demasiado disfuncional para garantir a continuidade da relação).

As famílias foram visitadas novamente quatro anos depois, quando foram entrevistadas e avaliadas quanto ao funcionamento familiar e do casal, à relação com a família de origem da mãe e do pai e a rede de apoio social. Foi também incluído o Teste de Desenvolvimento Denver II para avaliação do desenvolvimento da criança, o qual consiste em 125 itens que são divididos em quatro grupos: a) pessoal/social, que avalia aspectos da socialização da criança dentro e fora do ambiente familiar; b) motricidade fina, que avalia a coordenação olho/mão e a manipulação de pequenos objetos; c) linguagem, que avalia a produção de som, capacidade de reconhecer, entender e usar a linguagem; e d) motricidade ampla, que avalia o controle motor corporal, sentar, caminhar, pular e todos os demais movimentos realizados através da musculatura ampla. Esses itens foram registrados através da observação direta da criança e, para alguns deles, solicitava-se que a mãe informasse se o filho realizava ou não determinada tarefa. Cada tarefa solicitada corresponde a um item de observação que pode ser considerado avançado, normal, requerendo atenção ou em atraso. A interpretação do teste é feita em duas etapas: individual (por item) e global (somatório dos itens que requerem atenção e em atraso). Um item é considerado como requerendo atenção quando a criança não realiza ou recusa fazer uma tarefa que 75 a 90% das crianças da mesma idade já realizam, e é considerado item em atraso quando há recusa ou a não realização de uma tarefa que mais de 90% das crianças da mesma idade já realizam. Na avaliação global a criança pode ter seu desenvolvimento avaliado como normal, suspeito ou intestável.



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

RESULTADOS

Em um primeiro momento, os escores derivados do Teste de Desenvolvimento Denver II foram analisados pelo teste qui-quadrado, segundo o teste exato de Fisher, com vistas a investigar como uma gravidez não planejada e não aceita pode afetar o desenvolvimento da criança. Foi encontrada uma diferença estatisticamente significativa entre os grupos ($p < 0,001$), indicando que as crianças filhas das mães que não aceitaram a gestação apresentam maiores dificuldades em termos de desenvolvimento aos quatro anos de vida do que as crianças filhas das mães que aceitaram a gestação, mesmo não tendo planejado a mesma. As principais áreas de desenvolvimento atingidas, de acordo com o Teste de Denver II, foram a linguagem e o desenvolvimento motor fino. Destaca-se que três crianças foram classificadas como intestáveis e por isso não fizeram parte da análise.

Distribuição dos escores do Teste de Denver II de acordo com a aceitação e não aceitação da gestação

		Não aceitação (%)	Aceitação (%)	p
Denver-II	Normal	1 (11)	60 (82)	0,001
	Suspeito	8 (89)	13 (18)	

Em um segundo momento, buscou-se examinar que fatores sociodemográficos, familiares ou sociais poderiam interatuar na relação aceitação da gestação e desenvolvimento infantil. Para tanto, as variáveis sociodemográficas foram analisadas pelo teste qui-quadrado, segundo o teste exato de Fisher, considerando o grupo de mães que aceitou e aquele que não aceitou a gestação até o quarto mês. As variáveis: idade²⁰ ($p < 0,28$) e escolaridade maternas ($p < 0,43$), NSE²¹ ($p < 0,29$), número de filhos ($p < 0,01$) e se a mãe tinha companheiro ($p < 1,00$) foram examinadas, além da ordem de nascimento do bebê ($p < 0,43$). Como é possível observar, apenas o número de filhos foi estatisticamente significativo, indicando a relação entre não aceitação da gestação e maior número de filhos.

²⁰ Para fins de análise, a idade materna foi dividida em dois grupos: mães com menos de vinte anos e mães com vinte anos ou mais.

²¹ Para fins de análise, as famílias foram reunidas em dois grupos de acordo com o NSE apresentado. O primeiro deles reuniu as classes A, B e C (alto) e o segundo grupo reuniu as classes D e E (baixo).



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Distribuição das variáveis sociodemográficas de acordo com a aceitação e não aceitação da gestação

		Não aceitação	Aceitação	p
		n (%)	n (%)	
Idade	< 20 years	1 (4,2)	23 (95,8)	0,43
	≥ 20 years	8 (13,1)	53 (86,9)	
Escolaridade (anos)	≤ 8 anos	8 (12,7)	55 (87,3)	0,43
	> 8 anos	1 (4,5)	21 (95,5)	
Companheiro	Sim	7 (10,9)	57 (89,1)	1,00
	Não	2 (9,5)	19 (90,5)	
NSE	Classe A+B+C	3 (6,5)	43 (93,5)	0,29
	Classe D+E	6 (15,4)	33 (84,6)	
Ordem nascimento	Primogênito	1 (4,5)	21 (95,5)	0,43
	Não primogênito	8 (12,7)	55 (87,3)	
Nº filhos	Até 3 filhos	5 (6,7)	70 (93,3)	0,01
	Mais de 3 filhos	4 (40,0)	6 (60,0)	
Sexo criança	Masculino	2 (4,4)	43 (95,6)	0,07
	Feminino	7 (17,5)	33 (82,5)	

Após, algumas variáveis relacionais da família, que são consideradas importantes para o desenvolvimento da criança, também foram analisadas pelo mesmo teste estatístico. Foram avaliados a qualidade do funcionamento da família e do casal, a relação com a família de origem da mãe e do pai e a rede de apoio social.

Distribuição das variáveis relacionais de acordo com a aceitação e não aceitação da gestação

		Não aceitação	Aceitação	p
		n (%)	n (%)	
Funcionamento filiar	≤ 60	4 (44,4)	16 (21,1)	0,20
	> 60	5 (55,6)	60 (78,9)	
Funcionamento do casal	Sem problemas ou leves	3 (37,5)	47 (78,3)	0,03
	Problemas moderados a graves	5 (62,5)	13 (21,7)	
Relação flia origem – mãe	Sem problemas ou leves	5 (55,6)	57 (75,0)	0,24
	Problemas moderados a graves	4 (44,4)	19 (25,0)	
Relação flia origem – pai	Sem problemas ou leves	6 (85,7)	43 (70,5)	0,66
	Problemas moderados a graves	1 (14,3)	18 (29,5)	
Rede social	Sem problemas ou leves	7 (77,8)	51 (67,1)	0,71
	Problemas moderados a graves	2 (22,2)	25 (32,9)	

Conforme visto, apenas a variável funcionamento do casal revelou diferença significativa entre os grupos, indicando que as mães que não aceitaram a gestação apresentavam problemas conjugais considerados de moderados a graves. Além destas



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

variáveis, o fato de a mãe ($p<0,14$) ou o pai ($p<0,12$) terem diagnóstico psiquiátrico também foi examinado através do teste qui-quadrado, segundo o teste exato de Fisher, mas as análises também não revelaram diferenças significativas entre os grupos.

Por fim, foi realizada a análise de regressão logística, utilizando-se os fatores que apresentaram nível de significância menor que 0,20 na análise de variância, a saber: o número de filhos e a relação conjugal. Apenas se manteve com significância estatística o funcionamento do casal ($p<0,05$).

Regressão logística considerando o número de filhos e o funcionamento do casal de acordo com a aceitação e não aceitação da gestação

	Prevalência (IC 95%)	p
Número de filhos	2,52 (0,85; 7,47)	0,09
Funcionamento conjugal	3,65 (1,01; 13,19)	0,05

DISCUSSÃO

O presente estudo buscou investigar como uma gestação não planejada e não aceita pode afetar o desenvolvimento da criança, e quais são os fatores sociodemográficos, das relações familiares e da rede social que podem interatuar nesta relação. Constatou-se que houve diferença significativa ($p<0,001$) no desenvolvimento da criança entre o grupo de mães que não aceitou a gestação e aquele que a aceitou até o quarto mês. Em relação às possíveis influências na aceitação da gestação, encontrou-se que o grupo de mães que não a aceitou apresentou uma frequência maior de problemas conjugais classificados como moderados a graves. Também se identificou que as mães que já tinham mais de três filhos tinham maior probabilidade de não aceitar uma nova gestação ($p<0,09$). Esse último achado, apesar de não ter atingido significância na regressão logística, constitui-se em uma variável importante que poderia ter sido significativa caso o número de participantes fosse maior.

Vários estudos apontam que crianças frutos de uma gestação não planejada teriam maior probabilidade de apresentar dificuldades quanto ao seu desenvolvimento (Joyce Kaestner & Korenman, 2000; Kubicka, Matejcek, David & Dytrych, 1995; Myhrman, 1988). Este estudo discriminou dois grupos diferentes, indicando um risco maior quando além de não planejada a gravidez não é aceita até o quarto mês. A escassez de pesquisas



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

epidemiológicas nacionais e internacionais com o enfoque nessa associação impossibilita comparações com os achados do presente estudo. Porém, alguns trabalhos mostram que a não aceitação da gestação é fator de risco para a depressão pós-parto e tem relação positiva com aumento da mortalidade fetal (Alencar, 2009).

Quanto a influencia do relacionamento conjugal na aceitação da gestação, sabe-se que quanto melhor a qualidade da relação conjugal, maior a frequência de gestações planejadas e bem aceitas pelo casal (Abeche, 2003). Da mesma forma, quanto melhor o funcionamento familiar, mais saudável tende a ser o desenvolvimento infantil, pois é no convívio sadio com a família que a criança desenvolve uma base segura e confiável, a qual possibilita melhor desenvolvimento de suas potencialidades (Stutzman, Miller, Hollist & Falceto, 2009).

É importante ressaltar que variáveis como funcionamento familiar e qualidade da rede de apoio social não mostraram diferenças significativas entre os dois grupos examinados neste estudo. Tais dados diferem de outros encontrados na literatura, que afirmam que as relações pessoais e sociais das mães e dos pais teriam importante impacto no desenvolvimento infantil (Bowlby, 1989; Brazelton, 1988; Klaus & Kennel, 2000; Zamberlan, 2002).

Por fim, destaca-se que uma importante limitação desse estudo é o número de casos estudados. Contudo, a metodologia de acompanhamento longitudinal de uma amostra populacional é ímpar na literatura e seus resultados são coerentes e robustos.

CONCLUSÕES

Os achados do presente estudo sugerem que as crianças com melhor desenvolvimento são frutos de gestações que, embora não planejadas, foram aceitas até os quatro meses de gravidez, o que salienta a importância da relação da criança com seus cuidadores, em especial a mãe. Portanto, corrobora-se que as experiências de cuidados durante a gestação e a infância influenciam no desenvolvimento cognitivo, emocional e social da criança (Bowlby, 1989; Brazelton, 1988; Klaus & Kennel, 2000).

Logo, se conclui que o cuidado da família que experiencia a chegada dos filhos, exige atenção especial dos profissionais de saúde. Diante de famílias que não planejaram e ao mesmo tempo não aceitaram a gestação, torna-se necessário o acompanhamento e o



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

apoio emocional, no sentido de minimizar os sentimentos de culpa, rejeição, insegurança e angústia presentes desde a confirmação da gravidez (Arruda & Marcon, 2007).

É fundamental que os profissionais de saúde que acompanham o pré-natal identifiquem a aceitação ou não da gestação, a qualidade da relação conjugal e o número de filhos, fatores que estiveram associados com as dificuldades de desenvolvimento da criança. A identificação desses fatores permitirá que se proponham intervenções que modifiquem essa relação com a gestação e, consequentemente, com a criança que está em desenvolvimento.

REFERÊNCIAS

- Abeche, A. M. (2003). A gestante adolescente e seu parceiro: características do relacionamento do casal e aceitação da gravidez (Resumo de tese). *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 25(7), 535.
- Alencar, G. P. (2009). *Influência dos fatores de situação socioeconômica, de aceitação da gravidez e da assistência pré-natal na mortalidade fetal: análise com modelagem de equações estruturais* [tese de doutorado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Forth Edition. Washington, Dc: American Psychiatric Association.
- Arruda, D. C., & Marcon, S. S. (2007). A família em expansão: experienciando intercorrências na gestação e no parto do bebê prematuro com muito baixo peso. *Revista Texto e Contexto - Enfermagem*, 16(1), 120-128.
- Bowlby, J. (1989). *Uma base segura: aplicações clínicas da teoria do apego*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Brazelton, T. B. (1988). *O desenvolvimento do apego: uma família em formação*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Denmark, F., & Paludi, M. (1993). *Psychology of women: A handbook of issues and theories*. Westport, CT: Greenwood Press
- Dessen, M. A., & Braz, M. P. (2000). Rede social de apoio durante a transições familiares decorrentes do nascimento dos filhos. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 16(3), 221-231.



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

- Joyce, T. J., Kaestner R., & Korenman, S. (2000). The effect of pregnancy intention on child development. *Demography*, 37(1), 83-94.
- Klaus, M. H., & Kennell, J. H. (2000). *Vínculo: construindo as bases para um apego seguro e para a independência*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Klaus, M. H., & Kennel, J. H. (1992). *Pais/bebê: a formação do apego*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Kubicka, L. Z., Matejcek, H. P., David, Z., & Dytrych, W. (1995). Children from unwanted pregnancies in Prague, Czech Republic revisited at age thirty. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 91, 361-369.
- Myhrman, A. (1988). A family relation and social competence of children unwanted at birth: A follow-up study at the age of 16. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 77, 181-187.
- Nachmias, C. F., & Nachmias, D. (1996). Research designs: Cross-sectional and quasi-experimental designs. In: C. F. Nachmias, & D. Nachmias, *Research methods in the social sciences* (pp. 125-151). London: Arnold.
- Piccinini, C. A., Lopes, R. S., Gomes, A. G., & De Nardi, T. (2008). Gestação e a constituição da maternidade. *Psicologia em Estudo*, 13(1), 63-72.
- Raphael-Leff, J. (1997). *Gravidez: a história interior*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Stutzman, S. V., Miller, R. B., Hollist, C. S., & Falceto, O. G. (2009). Effects of Marital Quality on Children in Brazilian Families. *Journal of Comparative Family Studies*, 40(3), 475-492.
- Szejer, M., & Stewart, R. (1997). *Nove meses na vida da mulher*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- World Health Organization (2008). *Unsafe abortion: global and regional estimates of incidence of and mortality due to unsafe abortion with a listing of available country data*. Geneva: World Health Organization.
- Zamberlan, M. A. (2002). Interação mãe-criança: enfoques teóricos e implicações decorrentes de estudos empíricos. *Estudos de Psicologia*, 7(2), 399-406.



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Novos arranjos organizacionais em saúde com vistas à qualidade de assistência

Daiany Saldanha da Silveira Donaduzzi ¹

Juniara Dias dos Santos ¹

Carmem Lúcia Colomé Beck ¹

Letícia Martins Machado ¹

Teresinha Heck Weiller ¹

Juliana Silveira Bordignon ¹

Cássia Cilene Saldanha da Silveira ¹

¹ Universidade Federal de Santa Maria (UFSM)

RESUMO

Objetiva-se refletir a acerca da estrutura organizacional do Sistema Único de Saúde (SUS), com enfoque nos conceitos de regulação, acesso e acessibilidade dos serviços. Para tanto, realizou-se uma reflexão teórica em que o embasamento teórico do estudo pautou-se na análise de artigos científicos completos, direcionadas à temática organização dos serviços de saúde. A literatura mostra que a regulação, entendida como a capacidade de intervir em todas as etapas do processo de prestação dos serviços, constitui uma ferramenta fundamental na gestão da saúde e no direcionamento da assistência para as demandas e necessidades do usuário e do sistema. Seu efetivo manejo se reflete na qualidade do acesso, definido como o alcance que o usuário tem ao sistema de saúde quando este é por ele desejado; o acesso é um indicador da qualidade do serviço, e para que se construa um sistema de saúde acessível e resolutivo, faz-se necessário o investimento em dispositivos como o acolhimento, a escuta, a tomada de decisão e a intervenção. Portanto, todos esses fatores, tendem a culminar na qualidade da acessibilidade, isto é, a compatibilidade entre as características do sistema e as demandas dos usuários. E para que se alcance um SUS integral, universal e acessível, faz-se necessário que se invista na mudança do paradigma organizacional e de gestão do serviço, lançando mão de dispositivos como o apoio matricial e as equipes de referência, em prol de uma assistência integral e resolutiva.



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Palavras-Chave: Sistema Único de Saúde, Serviços de Saúde, Enfermagem.

INTRODUÇÃO

A organização da assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) é conformada a partir dos princípios de universalidade, integralidade, regionalização e hierarquização. A Lei Federal nº 8080/1990 em seu sétimo artigo, ao definir integralidade da assistência, nomina o “conjunto articulado e contínuo das ações e dos serviços preventivos, curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso, em todos os níveis da complexidade do sistema” (BRASIL, 1990, p. 4).

Nesse sentido, Silva (2007) afirma que o SUS ao ser instituído, estabelece que a assistência a ser prestada aos usuários do sistema público de saúde passa a ser organizada a partir de dois blocos: a Atenção Básica (AB) e as ações de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar.

Segundo Weiller (2008), como principal nível de atenção destaca-se a AB, conceito este, utilizado ao invés de atenção primária, a partir da década de 80, entendida como uma porta de entrada dos usuários nos serviços de saúde sem, no entanto, deixar de ser complexa. É diferente dos demais níveis pela incorporação tecnológica, em que busca a resolução de problemas de saúde apresentados pela comunidade, e o atendimento das prioridades definidas localmente, buscando articular fluxos de referência e contra-referência aos serviços especializados de diagnóstico, ambulatoriais e hospitalares.

Ressalta-se que as ações desenvolvidas no âmbito do SUS, as quais têm a finalidade de atender as necessidades de saúde locais, devem ser norteadas pelo exposto no artigo 3º da Lei Federal nº 8080/1990, onde refere que a saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros a alimentação, meio ambiente, renda, educação e o acesso aos bens de serviços essenciais e ainda, que os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País.

Dessa forma, o acesso aos serviços de saúde deve ser realizado prioritariamente a partir da Unidade Básica, que tem potencial para resolver 80% dos problemas de saúde que, se não resolvidos, devem ser encaminhados para serviços de maior complexidade tecnológica, seguindo com 15% da capacidade de absorver problemas de saúde e também



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

tendo como responsabilidade a resolução de 5% dos eventos de doença da população (BRASIL, 2007).

No entanto, diante da fragilidade em que o setor saúde brasileiro encontra-se atualmente, faz-se necessário que haja uma discussão sobre o processo de reestruturação deste setor e das estratégias e dispositivos que busquem a reforma das organizações e do trabalho em saúde.

Assim, Ferreira (2004), refere à necessidade de identificação e implementação de diretrizes que caracterizem mudanças no modelo assistencial, não somente em nível de correções técnicas ou administrativas, mas que visem à alteração do modo de produção de serviços de saúde, com o objetivo de traduzir os princípios e diretrizes fundamentais para a implementação de um sistema de saúde universal e integral a toda população, transformando em práticas institucionais efetivas o direito à saúde.

Assim, este estudo tem por **objetivo**, refletir sobre aspectos relativos à organização do sistema de saúde e conceitos de regulação, acesso e acessibilidade do sistema público de saúde, destacando as equipes de referência e o apoio matricial como arranjos organizacionais.

MÉTODO

Trata-se de uma reflexão teórica, em que o embasamento teórico do estudo pautou-se na análise de publicações científicas, captadas na Biblioteca Virtual em Saúde, na base de dados LILACS - Literatura Científica e Técnica da América Latina e Caribe. A busca foi realizada no mês de abril de 2012 utilizando como palavra “apoio matricial”, que resultou em 33 artigos.

Como critérios de inclusão, foram selecionados artigos completos, teses e manuais técnicos do Ministério da Saúde que estivessem de acordo com a temática da organização dos serviços de saúde do SUS. Foram excluídas as publicações que não tratavam da temática proposta e que não atendessem os critérios de inclusão. Após, foram selecionados pelo título 12 estudos, que tiveram seus resumos lidos compondo uma seleção de 07 artigos para leitura na íntegra, 04 manuais técnicos do Ministério da Saúde e 01 tese de Doutorado (na área de Enfermagem).



A regulação, o acesso e a acessibilidade como aspectos intervenientes na organização do trabalho em saúde

A competência para intervir em processos de prestação de serviços, na sua produção alterando ou ordenando, e na sua execução, pode ser definida como regulação. Esta é uma das diretrizes do SUS, cujos instrumentos possibilitam acompanhar a execução das ações de saúde em âmbito estadual e nacional, integradas por um conjunto de normas relacionadas à produção de serviços, contratualização, cadastramento e avaliação, em que ainda aborda desde aspectos da legislação até a definição de instrumentos que normatizam o acesso aos serviços de saúde (Weiller, 2008).

Assim, a dimensão da regulação para efetivação do SUS, segundo Weiller (2008), vai além da existência de centrais regulatórias, em que as ações se voltam para a avaliação, processamento e agendamento de serviços e solicitações de atendimento. Deve ser reconhecida como um instrumento de gestão que operacionaliza as diretrizes do SUS, com responsabilidade de conformar os recursos de saúde imperativos e adequados às necessidades dos usuários, garantindo o atendimento integral de forma ágil e qualificada aos usuários do sistema de saúde.

Nesse contexto, a consolidação do SUS passa a exigir na organização dos serviços de saúde no Brasil, uma rede de atenção à saúde articulada entre si, que possibilita o acesso universal, disponibilizada o mais próximo possível das pessoas para garantir a continuidade da atenção, a partir da institucionalização de procedimentos e protocolos com fluxos conhecidos e regulados que acolham as demandas dos usuários.

No que tange ao acesso aos serviços de saúde, Travassos e Martins (2004) referem que o acesso é um conceito complexo, muitas vezes empregado de forma imprecisa e pouco clara na sua relação com o uso de serviços de saúde. Referem ainda que este termo é empregado, com distintos significados na literatura, a partir da visão de mundo de cada autor, e está diretamente associado à evolução que o mesmo vai tomando ao ser utilizado em distintos tempos e contextos.

O acesso, segundo Donabedian (2008), expressa a capacidade do paciente em obter, quando necessita, cuidados de saúde de maneira fácil e conveniente. Indica o grau de facilidade ou dificuldade com que as pessoas obtêm serviços de saúde. É uma



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

característica da oferta de atenção que revela a utilização dos serviços de saúde pelos usuários.

Para Souza *et al* (2008), um dispositivo potente para atender a exigência do acesso, propiciar vínculo entre equipe e população, trabalhador e usuário, questionar o processo de trabalho, desencadear o cuidado integral e modificar a clínica, é o acolhimento. Para isso é necessário qualificar os trabalhadores para recepcionar, atender, escutar, dialogar, tomar decisão, orientar, negociar a fim de intervir em uma dada realidade, em seu território de atuação, a partir das principais necessidades de saúde, buscando uma relação acolhedora e humanizada para prover saúde nos níveis individual e coletivo.

Ao discutir acesso, Starfield (2004) não o desvincula do conceito de acessibilidade, uma vez que tais conceitos são utilizados comumente, por muitos autores como sinônimos ou mesmo de forma ambígua. No entanto, afirma que o acesso traz intrínseca a própria experiência individual do usuário ante a oferta de serviços e recursos disponibilizados para o mesmo.

A acessibilidade possibilita que as pessoas cheguem aos serviços e o acesso permite o uso oportuno dos serviços para alcançar os melhores resultados possíveis. Seria, portanto, a forma como a pessoa experimenta o serviço de saúde. O acesso como a possibilidade da consecução do cuidado de acordo com as necessidades em inter-relação com a resolutividade e extrapola a dimensão geográfica, abrangendo aspectos de ordem econômica, cultural e funcional de oferta de serviços (Starfield, 2004).

No que se refere à acessibilidade, Fekete (1995), traz que esta pode ser definida como o grau de ajuste entre as características dos recursos de saúde e as da população, no processo de busca e obtenção de assistência à saúde, sendo que este enfoque de grau de ajuste permite identificar os fatores que facilitam ou obstaculizam a busca de obtenção desta assistência.

A acessibilidade nos serviços de saúde resulta da combinação de fatores de ordem sociocultural, organizacional, geográfica e econômica uma vez que a chegada do usuário ao serviço de saúde está diretamente relacionada a uma porta de entrada na rede, não restrita apenas a esta, mas sim, presente em todos os níveis dos serviços, diferenciada pra ser inclusiva (Fekete, 1995; Starfield, 2004; Weiller, 2008).

Nesta perspectiva, é preciso pensar em formas de organização da rede de serviços de saúde que sejam capazes de atender as necessidades dos usuários em um processo com



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

serviço de regulação ágil e qualificada, com garantia de acesso e acessibilidade, de forma acolhedora.

Assim, é importante entender o trabalho em saúde como uma corrente, cuja eficácia depende de todos os elos. “Se a corrente é quase toda de aço, mas um elo é de plástico, a resistência à tração do conjunto é a de plástico e não a do aço”. Esta metáfora é válida tanto para um serviço de saúde com seus diferentes profissionais quanto para o sistema de saúde com seus diferentes serviços (BRASIL, 2007).

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Percebe-se na diversidade de estudos referentes à organização dos serviços de saúde e qualidade da assistência que estes destacam os estilos de gestão, da estrutura de poder existentes nas instituições e o compromisso profissional.

Esta questão é evidenciada quando um serviço de saúde em que as decisões são tomadas por um pequeno grupo que ocupa cargos mais altos na hierarquia e cuja organização é baseada no poder das corporações profissionais, tende a gerar descompromisso e falta de interesse de participação na maioria dos trabalhadores. Da mesma forma, processos de trabalho focados em procedimentos burocráticos, e que se restringem a prescrever, fragilizam o envolvimento dos profissionais de saúde com os usuários (BRASIL, 2004).

Destarte, para evitar tais tendências deve-se investir na mudança da estrutura assistencial e gerencial dos serviços de saúde criando novas formas de organização, novos arranjos organizacionais, capazes de lidar com a singularidade dos sujeitos. Os mesmos devem ser transversais, produzindo e estimulando padrões de relação que perpassem todos os trabalhadores e usuários, favorecendo a troca de informações e a ampliação do compromisso dos profissionais com a produção de saúde (BRASIL, 2004).

Neste constructo, surgem as equipes de referência e o apoio matricial como dois arranjos organizacionais que apresentam as características de transversalidade e facilitam o diálogo e reforçam a interação criativa entre profissionais e serviços de saúde. Cabe destacar que os conceitos de apoio matricial e equipe de referência foram propostos por Campos dentro da linha de pesquisa voltada para a reforma das organizações e do trabalho em saúde.



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Neste contexto, Campos e Domitti (2007), trazem conceituações para apoio matricial e equipe de referência. No que tange ao apoio matricial trata-se de uma metodologia de trabalho complementar à prevista em sistemas hierarquizados baseados nos mecanismos de referência e contra-referência, protocolos e centros de regulação. Ainda, visa oferecer retaguarda assistencial e suporte técnico pedagógico às equipes de referência, em que depende da construção compartilhada de diretrizes clínicas e sanitárias entre os componentes de uma equipe de referência e os especialistas que oferecem apoio matricial.

A equipe ou profissional de referência são aqueles que têm a responsabilidade pela condução de um caso individual, familiar ou comunitário. Tem por objetivo ampliar as possibilidades de construção de vínculo entre profissionais e usuários. O termo responsabilidade de condução se refere à função de encarregar-se da atenção ao longo do tempo, ou seja, de maneira longitudinal, semelhante ao preconizado para equipes de saúde da família na AB. A equipe de referência é um rearranjo organizacional que busca deslocar o poder das profissões e corporações de especialistas, reforçando o poder de gestão da equipe interdisciplinar (Campos & Domitti, 2007).

Assim, o apoio matricial e equipe de referência são arranjos organizacionais, bem como uma metodologia para a gestão do trabalho em saúde, objetivando ampliar as possibilidades de se fazer clínica ampliada e integração dialógica entre distintas especialidades e profissões.

Cada equipe de referência multiprofissional é responsável pela atenção integral do usuário, cuidando de todos os aspectos de sua saúde, elaborando projetos terapêuticos e buscando outros recursos terapêuticos quando necessário. As equipes de referência para de fato existirem, precisam disponibilizar períodos de tempo para se reunir, e dialogar sobre seus projetos terapêuticos.

Neste viés, o apoio matricial é um arranjo na organização dos serviços que complementa as equipes de referência, uma vez que a equipe de referência em vez de encaminhar o usuário para os serviços especializados pede apoio aos serviços de referência/especialidades (e/ou aos especialistas isolados).

Os serviços de referência/especialidades que dão apoio matricial passam a ter dois “usuários” sob sua responsabilidade: os usuários do serviço para o qual ele é referência e o próprio serviço. Desta forma, o serviço de referência e especialidades participa junto com



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

as equipes de referência, sempre que necessário, da confecção de projetos terapêuticos dos usuários que são tratados por ambas as equipes, e ajuda as equipes de referência a incorporarem conhecimentos para lidar com casos mais simples (BRASIL, 2004).

Nesse sentido, entende-se que uma discussão interativa, com responsabilização e compartilhamento entre os serviços de saúde, em níveis diferentes de atenção possibilita condições para o aumento da eficácia das práticas clínicas, o que representa um desafio no que se refere à mudança de cultura organizacional no SUS.

CONCLUSÃO

Ao concluir esta reflexão, fica evidente que as propostas para a reorganização dos serviços de saúde são consistentes, e ao mesmo tempo buscam aglutinar o trabalho de cada profissional em torno de um único objetivo, que é o de tratar o usuário na sua necessidade propondo a ele o acesso aos serviços de que precisa.

Esta dinâmica fortalece o sistema de saúde em dois sentidos convergentes, pois auxilia os profissionais de saúde no que tange ao seu poder de desenvolver o cuidado, integrando o seu saber com o do seu colega de equipe ou de apoio possibilitando ao usuário a oferta de um cuidado integral, pautado nos princípios e diretrizes do SUS, permitindo assim meios mais oportunos de acesso e acessibilidade.

REFERÊNCIAS

- BRASIL (1990). *Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990*. Dispõe sobre as condições de promoção e recuperação da saúde, a organização e o financiamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Congresso Federal. Recuperado em 27 de abril, 2012, de <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf>.
- BRASIL. (2004). Ministério da saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Humaniza SUS: equipe de referência e apoio matricial*/Ministério da Saúde, secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização – Brasília: Ministério da Saúde.
- BRASIL (2007). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Clínica ampliada, equipe de referência e projeto*



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

- terapêutico singular*/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização-2. ed. Brasília: Ministério da Saúde.
- Campos, G. W. S., & Domitti, A. C. (2007). Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para a gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, vol.23, n.2, p.399-407.
- Donabedian, A. (2008). *Evaluating the quality of medical care*. MilbankMem.Fund.Q44:166, Part 2. Recuperado em 30 de abril, 2012, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/5338568>.
- Fekete, M. C. (1995). Estudo de acessibilidade dos serviços de saúde. In: Santana, J. P. (org). *Desenvolvimento gerencial de unidades básicas do Sistema Único de Saúde (SUS)*. Brasília: Organização Pan-Americana e Saúde. Unidade 3. pp. 177-184.
- Ferreira, A. S. (2004). Competências gerenciais para unidades básicas do Sistema Único de Saúde. *Rev. Ciência & Saúde Coletiva*, 9(1),69-76. Recuperado em 18 de maio, 2012, de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232004000100007&lng=en&tlng=pt. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232004000100007>.
- Silva, J. F. (2007). Assistência de média e alta complexidade no SUS. In: *BRASIL*. Conselho Nacional de Secretários da Saúde. Brasília: CONASS.
- Souza, E. C. F (2008). Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. *Cad. saúde Pública*, Rio de Janeiro, 24 ,Sup 1:S100-S110. Recuperado em 5 de maio, 2012, de <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24s1/15.pdf>.
- Starfield, B. (2004) *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura.
- Travassos, C., & Martins, M. (2004). Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 20(Supl. 2), S190-S198. Recuperado em 18 de maio, 2012, de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000800014&lng=en&tlng=pt.
- Weiller, T. H. (2008). *O acesso na rede pública de saúde de Ijuí/RS: um cenário de controvérsias*. Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Universidade de São Paulo/USP – área de concentração: Enfermagem em Saúde Pública. Ribeirão Preto, SP, Brasil.





**O atendimento psicossocial ofertado às crianças e aos adolescentes vítimas de
violência sexual na perspectivas dos profissionais do Centro de Referência
Especializado da Assistência Social**

Suane Pastoriza Faraj ¹

Aline Cardoso Siqueira ¹

¹ Universidade Federal de Santa Maria (UFSM)

RESUMO

O objetivo desse estudo é investigar a percepção dos profissionais do Centro de Referência Especializado da Assistência Social sobre o atendimento e a rede de proteção da criança e do adolescente de um município do Rio Grande do Sul. O CREAS é uma entidade governamental, estabelecida pelo Sistema Único de Assistência Social (SUAS) que presta atendimento especializado às vítimas de violência e suas famílias. Através de entrevistas semi-estruturadas, com quatro profissionais do CREAS, encontrou-se que apesar do atendimento do Serviço ser considerado qualificado, ainda não contempla o necessário para o enfrentamento da violência. A demanda existente no município é maior que a possibilidade de atendimento ofertada, o Serviço não tem estrutura física própria e possui pouco recurso material e humano. Quanto à rede de proteção à criança e ao adolescente, os profissionais afirmam que ela está desarticulada, dificultando o atendimento e a proteção da criança e do adolescente do município. Considera-se o atendimento psicológico e social ofertado pelo CREAS uma possibilidade de garantir os direitos da criança e adolescente estabelecido no Estatuto da Criança e Adolescente (ECA), assim como, uma forma efetiva de enfrentar a violência contra a população infanto-juvenil.

Palavras-chaves: atendimento psicológico; violência sexual; criança e adolescente.

INTRODUÇÃO



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

A violência contra a criança e o adolescente no âmbito da saúde é conceituada como todo ato e/ou omissão dos pais, responsáveis, instituições e sociedade em geral que tem como consequência danos físico, psicológico, sexual e moral às vítimas (Brasil, 2001). Assim, em decorrência das implicações no bem-estar, tanto individual quanto coletivo, a violência, configura-se um problema de saúde pública no Brasil e no mundo (Minayo, 1994).

A violência vivenciada pela criança e pelo adolescente, conforme a Lei Federal n. 8069, de 13 de julho de 1990 é considerada uma violação de seus direitos. A referida legislação prevê atendimento especializado às crianças e aos adolescentes vítimas de violência nos chamados Centros de Referência Especializados da Assistência Social (CREAS). Os Centros de Referência Especializado da Assistência Social (CREAS) são responsáveis pela coordenação e articulação da proteção social especial de média complexidade, ofertando atendimento às famílias e aos indivíduos em situação de suspeita ou violação de direitos (Brasil, 2005; Conselho Federal de Psicologia, 2009).

A definição de violência sexual contra a população infanto-juvenil apesar de ser bastante ampla e pouco precisa, pode ser resumida como uma forma de atividade sexual inadequada para a idade e o desenvolvimento psicosssexual da criança. Essas atividades podem ser impostas por meio de coerção, violência ou sedução (Ferrari, 2002). Dessa forma, a criança ou adolescente vítima de violência sexual sofre a violação de seus direitos, porque está sendo submetida a uma atividade que não está de acordo com o nível do seu desenvolvimento psicosssexual.

Considerando a importância do atendimento psicológico e social de crianças e adolescentes vítimas de violência, o trabalho constitui uma possibilidade de reflexão e fortalecimento de ações e estratégias mais efetivas referentes ao atendimento e à proteção dos direitos da população infantojuvenil. Assim, o estudo teve como objetivo conhecer a percepção dos profissionais que atuam no atendimento da criança e do adolescente vítima de violência sexual, no Centro de Referência Especializado da Assistência Social quanto ao atendimento realizado pelo Serviço e a Rede de Proteção da criança e do adolescente no município.

DESENVOLVIMENTO



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

OBJETIVOS

Objetivo Geral

Conhecer a percepção dos profissionais que atuam no atendimento da criança e do adolescente vítima de violência sexual, no Centro de Referência Especializado da Assistência Social quanto ao atendimento realizado pelo Serviço e a Rede de Proteção da criança e do adolescente no município.

Objetivos Específicos

- (1) Verificar como é realizado o atendimento da criança e do adolescente e de sua família no Centro de Referência Especializado da Assistência Social;
- (2) Identificar como os profissionais percebem o atendimento prestado às crianças e adolescentes vítimas de violência e se existe a articulação em rede;
- (3) Buscar a existência de práticas de prevenção da violência sexual contra crianças e adolescentes executadas pelo CREAS.

METODOLOGIA

Delineamento e participantes

Esta pesquisa configura-se em um estudo descritivo e exploratório, com abordagem qualitativa, que enfatiza o processo de pesquisa, não unicamente os seus resultados e produtos, abrangendo atitudes, crenças, valores, processos e fenômenos (Minayo, 2001). Participaram desse estudo três profissionais da psicologia e um profissional do serviço social que constituem a equipe que atua no atendimento das crianças e adolescentes vítimas de violência e suas famílias no CREAS.

Instrumentos

Foram realizadas entrevistas com roteiro semi-estruturado, com o objetivo de coletar dados biosociodemográficos dos participantes e conhecer as suas percepções sobre o atendimento às crianças, aos adolescentes e às suas famílias no CREAS e a articulação com a rede de proteção do público infanto-juvenil vítima de violência sexual.



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Procedimentos e Considerações éticas

O contato inicial foi realizado com a Assistente Social da Secretaria Municipal da Assistência social e Cidadania (SMASC) do município, a qual é supervisora do CREAS, a fim de explicar os objetivos da pesquisa, assim como, os procedimentos necessários para a realização da mesma. Com a autorização prévia da SMASC, o projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Centro Universitário Franciscano, e após a sua aprovação (Registro CEP/UNIFRA 1472010.3), os profissionais que atuam no CREAS foram contatados e convidados a participar da pesquisa mediante todos os esclarecimentos quanto à ética do pesquisador, à garantia do sigilo da identidade dos entrevistados, à confidencialidade dos dados e à possibilidade de desistência a qualquer momento da pesquisa. Este trabalho representa um recorte de um estudo que contemplou um conjunto de aspectos do fenômeno da violência contra criança e adolescente.

No momento da entrevista, foi solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aos participantes. As entrevistas foram realizadas nos meses de agosto e setembro do ano de 2010 em uma sala de atendimento do CREAS. Concluída a pesquisa e sistematizado os resultados, ocorreu à devolução de forma clara e sucinta para todos os participantes e profissionais do Serviço.

Análise dos Dados

As entrevistas semi-estruturadas foram gravadas e posteriormente transcritas e analisadas. Para a análise dos dados, foi utilizada a análise de conteúdo de Bardin (1997), que se refere a um conjunto de instrumentos metodológicos aplicados aos discursos, o qual analisa as comunicações, decompondo-as e elencando categorias.

Este trabalho focalizará a percepção dos atendimentos psicossociais do CREAS, refletindo sobre as dificuldades, os desafios e a importância do trabalho do CREAS.

RESULTADOS E DISCUSSÃO



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Percepção dos atendimentos psicossociais no CREAS

As ações e intervenções desenvolvidas nos CREAS à população infanto-juvenil estão voltadas para uma abordagem psicossocial. O atendimento psicossocial é um conjunto de ações e atividades planejadas e especializadas, de apoio e orientação desenvolvida de forma individual ou em grupo por uma equipe interdisciplinar (Conselho Federal de Psicologia, 2009). Pode-se destacar, entre as estratégias do atendimento psicossocial desenvolvidas pelos profissionais dos CREAS: (1) o acolhimento; (2) avaliação social; (3) a avaliação psicológica; (4) o atendimento psicológico individual ou em grupo; (5) elaboração de relatórios; e, (6) visitas domiciliares (Conselho Federal de Psicologia, 2009).

Através das entrevistas, pode-se constatar a satisfação dos profissionais que atuam no atendimento de crianças e adolescentes vítimas de violência sexual quanto ao atendimento prestado pelo CREAS. Isso se justifica através do desenvolvimento das ações do atendimento psicossocial, citadas a cima, realizadas de maneira interdisciplinar pelos profissionais do Centro de Referência Especializado.

A literatura aponta o trabalho interdisciplinar como um instrumento eficaz na intervenção dos casos de violência sexual, pois possibilita o planejamento das ações sob a ótica de diferentes áreas do conhecimento (Habigzang & Caminha, 2004). Osório (2003, p. 68) se refere à equipe interdisciplinar como “(...) *aquela em que as trocas se viabilizam e as competências se potencializam reciprocamente pela noção compartilhada de que para o todo seja maior que as somas das partes (...)*”. A interdisciplinaridade exige que o profissional compartilhe informações, conhecimentos e decisões, que, por vezes, podem gerar conflitos devido aos diferentes pareceres referentes à mesma situação. Porém, possibilita o aprimoramento profissional, o alívio do estresse gerado pela responsabilidade da atuação à situação de violência e contribui para intervenções efetivas nas situações de violência (Pinheiro & Fornari, 2011).

As ações realizadas pelos profissionais do CREAS objetivam a minimização dos danos causados pela violência sexual, assim como, a interrupção da violência, a proteção e dos direitos da criança e do adolescente. Segundo Pereira (2002, p. 46) “o atendimento especializado deverá ser postulado básico das políticas públicas de atendimento a criança e ao adolescente, prevendo em seu bojo ações que contemplam a defesa, o tratamento, e a



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

prevenção da violência”. Assim, pode-se verificar que o atendimento ofertado pelo CREAS a população infanto-juvenil possibilita o atendimento social e psicológico especializado, a defesa e a proteção dos direitos da criança e do adolescente e sua família.

É importante ressaltar que, durante o período de atendimento psicossocial, faz-se necessário o contato constante com o sistema de garantia de direitos e da rede de proteção, através do envio de relatório, discussão acerca do caso, solicitação de novas medidas e procedimentos (Brasil, 2005). Dessa forma, todas as ações e intervenções desenvolvidas no CREAS devem estar articuladas com a rede de proteção à criança e ao adolescente, ou seja, devem envolver outros atores sociais, instituições, serviços e órgãos, a fim de construir e consolidar uma rede de proteção à população infanto-juvenil (Brasil, 2005; Conselho Federal de Psicologia, 2009).

As dificuldades e desafios identificados pelos atores do CREAS entrevistados estão relacionados à estrutura física do local, falta de informatização do Serviço e da Rede, falta de recursos humanos e muita demanda, falta de materiais de trabalho necessários para a realização adequada do atendimento, entre eles: testes psicológicos e bibliografias especializadas, materiais lúdicos, automóvel disponível para visitas domiciliares, assim como, há apenas uma linha telefônica. Destaca-se também, a rede do município desarticulado como um importante desafio a ser enfrentado pela equipe de profissionais que participaram do estudo.

A falta de treinamento e a capacitação dos profissionais foram questões significativas levantadas pelos atores entrevistados. Pode-se identificar que os profissionais do CREAS não recebem capacitação periódica a nível municipal para a atuação na problemática da violência, mas buscam a capacitação na área através de especializações em universidades particulares e cursos de capacitação pagos. Além disso, não foi identificada a capacitação dos outros atores da rede de atendimento e proteção da criança e do adolescente.

Muitos profissionais recebem durante suas graduações uma formação generalista. Assim, quando na prática se dirigem para desempenhar sua profissão no atendimento a um público que possui características específicas, tal como as vítimas de violência e suas famílias, torna-se necessário que o profissional adquira conhecimento e desenvolva estratégias de atendimento a esta população, através de cursos de capacitação teórico-práticas no tema. A capacitação dos profissionais das áreas de saúde, educação e jurídica



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

para identificar e intervir com qualidade nos casos de violência sexual é muito importante, a fim de prepará-los para a identificação correta dos casos mediante reconhecimento das alterações e sintomas psicopatológicos, assim como, para o encaminhamento necessário e adequado. (Habigzang & Caminha, 2004).

Quanto ao papel e a importância do CREAS, foi unanimidade entre os profissionais que este é muito importante, tendo um papel fundamental no enfrentamento da violência contra crianças e adolescentes. O referido Serviço é o único no município que trabalha especificamente com a problemática da violência, oferecendo tratamento psicológico e social à crianças/adolescentes que tiveram seus direitos violados e seus familiares.

De acordo com o Guia de orientação n. 1 do CREAS (Brasil, 2005), o papel do CREAS é ser um prestador de serviço especializado e continuado a indivíduos e famílias com seus direitos violados. A proteção especial tem por direção:

a) proteger as vítimas de violências, agressões e as pessoas com contigências pessoais e sociais, de modo a que ampliem a sua capacidade para enfrentar com autonomia os revez da vida pessoal e social; b) monitorar e reduzir a ocorrência de riscos, seu agravamento ou sua reincidência; c) desenvolver ações para eliminação/redução da infringência aos direitos humanos e sociais (Brasil, 2005, p. 4).

Enfatiza-se que o CREAS oferta a proteção imediata com o intuito de proporcionar condições para o fortalecimento da família e o restabelecimento dos direitos da criança/adolescente (Brasil, 2005). Este deve desenvolver procedimentos técnicos especializados para atender o público infanto-juvenil com seus direitos violados e seus familiares.

CONCLUSÕES

A forma de pensar a violência sexual tem-se modificado, ampliando assim, as possibilidades de compreensão, intervenção e prevenção do fenômeno, a fim de garantir o bem estar físico e emocional do público infanto-juvenil e seus direitos estabelecidos no ECA. Porém, entende-se que apesar da existência de uma legislação no Brasil, ainda se faz necessário progredir nas garantias dos direitos, superando a falta do reconhecimento da criança e do adolescente como sujeitos de direitos em condição peculiar de desenvolvimento.



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Considera-se o CREAS como um Serviço imprescindível para a minimização dos danos causados pela violência, para o desenvolvimento adequado da criança e adolescente após a vitimização, bem como, para a proteção e garantia dos direitos da população infanto-juvenil. Dessa forma, este tem que ter investimento do município e credibilidade pelo Sistema de Garantia de Direitos.

Através da pesquisa realizada, percebe-se que apesar do atendimento psicossocial ser considerado bom pelos profissionais do Serviço, em função da qualificação da equipe, este não é o ideal, devido às dificuldades encontradas como: a grande demanda do município, que gera uma fila de espera do Serviço, a falta de estrutura física do local, escassos recursos especializados como testes psicológicos, bibliografias especializadas e, principalmente, a desarticulação da rede de atendimento e proteção da criança e adolescente do município. Dessa forma, verifica-se a necessidade do trabalho ampliado, integrado e articulado, ou seja, a formalização da rede, na qual se desenvolva a comunicação (referência e contra-referência), reunião entre os atores das instituições e órgãos que trabalham com a problemática.

Portanto, faz-se necessária urgente reflexão sobre como as políticas públicas vem sendo desenvolvidas pelos gestores municipais, especialmente quanto ao CREAS, pois não basta apenas ofertar o serviço à população, sendo necessário investimento para a contratação de profissionais capacitados, contínuo treinamento, estrutura adequada para o trabalho e fiscalização periódica dos serviços ofertados pelos municípios. Por fim, considera-se que apesar da existência de políticas públicas assegurando o atendimento às vítimas de violência, ainda há muito a progredir para tornar efetivos os direitos da população.

REFERÊNCIAS

Bardin, L. (1997). *Análise de conteúdo*, 70. ed. Lisboa.

Brasil. (2001). Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências: *Portaria GM/MS n. 737 de 16/05/01 publicada no DOU n. 96 Seção IE de 18/05/01 Seção E. Legislação de Saúde*; n. 8. Brasília: Ministério da Saúde. Acesso em fevereiro de 2012 no site <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria737.pdf>.



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

- Brasil. (2005). Centro de Referência Especializado de Assistência Social – CREAS. *Guia de Orientação nº 1* (1ª Versão). Brasília: Ministério do desenvolvimento social e combate à fome - Secretaria Nacional de Assistência Social. Acessado em junho de 2010 no site <http://www.mds.gov.br>
- Conselho Federal de Psicologia. (2009). *Serviço de proteção social a crianças e adolescentes vítimas de violência, abuso e exploração sexual e suas famílias: referências para a atuação do psicólogo*. Brasília: CFP. Acessado em junho de 2010 no site: <http://crepop.pol.org.br>.
- Ferrari, D. C. (2002). Definição de abuso na infância e na adolescência. Em D.C. Ferrari & T.C. Vecina, (Orgs.), *O fim do silêncio na violência familiar: teoria e prática* (pp. 81-94). São Paulo: Agora.
- Habigzang, L. F., Corte, F. D., Hatzenberger, R., Stroeher, F., & Koller, S.H. (2008). Avaliação psicológica em casos de abuso sexual na infância e adolescência. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 2 (21), 338-344.
- Minayo, M. C. S. (org.). (2001). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 19. ed. Petrópolis: Vozes.
- Minayo, M.C. (1994). A Violência Social sob a Perspectiva da Saúde Pública. *Caderno de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 10 (1), 07-18.
- Osório, L. C. (2003). *Psicologia Grupal: uma nova disciplina para o advento de uma era*. Porto Alegre, Artmed.
- Pereira, L. M. (2002). Violência sexual doméstica contra crianças e adolescentes: uma proposta multidisciplinar de atendimento. Em CRAMI – Centro Regional de Atenção aos Maus-tratos na Infância (Org.), *Abuso sexual doméstico: atendimento às vítimas e responsabilização do agressor* (Série Fazer Valer os Direitos. Vol 1). (2ª ed.). (pp. 15-39). São Paulo: Cortez.
- Pinheiro, L; Fornari, V. L. (2011). O papel do psicólogo nos casos de violência contra a criança e o adolescente. Em M. R. F. Azambuja & M. H. M. Ferreira (Orgs.), *Violência sexual contra crianças e adolescentes* (pp. 298-316). Porto Alegre: Artmed.



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

O corpo e a psicossomática na infância

Larissa Wagner Leal ¹

Ana Paula Iwohn ¹

Hericka Zogbi Dias ¹

¹ Universidade Federal de Santa Maria (UFSM)

RESUMO

Esse tema emerge do desejo de aprofundar o conhecimento nas questões referentes à descoberta pelo bebê do próprio corpo e a ligação com as doenças psicossomáticas. Os assuntos trabalhados serão: a relação mãe bebê, a descoberta do corpo pela própria criança, a individualização e a psicossomática. Objetiva-se aprofundar as questões já mencionadas e, dessa forma, possibilitar uma discussão acerca dos possíveis motivos dos fenômenos psicossomáticos, as situações variáveis que podem levar o indivíduo a se utilizar da atuação no corpo como uma forma de defesa. A metodologia utilizada foi realizar um estudo bibliográfico em livros e artigos, dando ênfase em autores consagrados, tais como McDougall e Winnicott, além de livros e artigos diversos que abordam o assunto da psicossomática e primeira infância. Outras bibliografias foram utilizadas, como Dicionário de Psicanálise e a Classificação de Transtornos mentais e de Comportamento da CID-10. Nos resultados e discussões se explanará sobre a estruturação do ego; a relação entre mundo externo e interno do bebê, que é mediada pelo corpo; a descoberta do mundo externo, com o auxílio da mãe; as manifestações psicossomáticas; corpo real e corpo simbólico; o papel da figura paterna. Conclui-se que a psicossomática está bastante ligada ao período inicial da vida e da relação mãe-bebê. Contudo, torna-se necessário que a criança seja apresentada ao mundo externo e que a figura paterna rompa a simbiose mãe-bebê e, assim, os torne individualizados e bem estruturados, diminuindo as incidências psicossomáticas.

Palavras-chave: Psicossomática; Corpo; Infância.

INTRODUÇÃO



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

A busca desse tema para o presente trabalho surge a partir do desejo de aprofundar as questões referentes à descoberta do próprio corpo e as doenças psicossomáticas. Nota-se que a psicossomática está bastante ligada ao período inicial da vida e da relação mãe-bebê. O que comprova mais ainda a grande importância da mãe suficientemente boa, descrita por Winnicott.

Para poder entrar nos assuntos relativos ao corpo e à psicossomática torna-se necessário, primeiramente, explicar sobre outros assuntos relacionados, tais como a relação mãe bebê e a descoberta do corpo pela própria criança. Para isso, abranger-se-á a relação mãe bebê, fundamental para o desenvolvimento infantil, e a descoberta do próprio corpo e a individualização.

Foi utilizado o termo psicossomática, mesmo já estando em desuso por alguns autores, pois a maioria dos autores que embasaram esse estudo ainda fazem uso desse termo. Essa denominação está sendo alterada, no DSM e no CID-10 para, respectivamente, distúrbio somatoforme e transtorno somatoforme, que possuem a mesma designação. A mudança desse nome ocorre devido ao termo “psicossomática” ainda estar muito ligado à dissociação da psique e do soma.

Os transtornos somatoformes são caracterizados, pelo CID-10, pela apresentação repetida de sintomas físicos em pacientes angustiados, que procuram intensamente médicos, não sendo possível encontrar uma base física para seus sintomas. Normalmente o paciente recusa-se a aceitar que a causa de seus sintomas possa ser psicológica e necessitam de uma explicação objetiva. Muitas vezes, os pacientes costumam comportar-se de maneira a chamar a atenção, principalmente quando não conseguem convencer os médicos de sua doença ser física.

Porém, o objetivo deste estudo não gira em torno das questões de enquadramento da doença em manuais. Pretende-se, através deste, entender a psicossomática por meio de sua gênese na relação da criança com seu mundo interno e externo.

DESENVOLVIMENTO

RELAÇÃO MÃE-BEBÊ / RELAÇÃO DE SIMBIOSE

Há uma fusão, inicialmente biológica e posteriormente imaginária, que surge desde a gestação. Essa fixação permanece de forma latente por toda vida. Porém, a fusão primitiva pode se manifestar quando a pessoa se sentir ameaçada na sua identidade e na



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

sua integração corporal e psíquica. À essa fusão vão sendo acrescentados estímulos de toda parte e, junto com suas sensações, angústias e significações, vão sendo registrados como representações do ego. Como diz Zimerman (1999) “São representações DO corpo e que, em condições regressivas, podem expressar-se NO corpo”. A fusional matriz somatopsíquica não se diferencia à da mãe.

O bebê, muito novo, não consegue identificar suas sensações, nem onde elas se localizam. Além disso, ele ainda tem a arcaica sensação de “não integração”. Sendo assim, a mãe possui a função de ajudá-lo a se descobrir: ela “empresta seu corpo” ao filho temporariamente e, através do encaixe dos corpos, sentem-se como um só. Isso dá a criança uma sensação de continuidade e existência. Além de emprestar o corpo a mãe também deve emprestar as suas funções do ego, pois isso torna o ego do bebê forte e estável e, assim, ele consegue se organizar e processar as próprias funções do ego. As significações do discurso dos educadores, principalmente o da mãe, influenciam e modelam o ego infantil. Essa simbiose que ocorre no início da vida deve se desfazer com o tempo. Caso isso não aconteça e os corpos sigam misturados, se confundindo, pode surgir alguma patologia, tanto na criança, quanto na mãe, pois o filho passa a ser a extensão narcísica da mãe. (Zimerman, 1999; Winnicott, 1983)

Outra forma de poder observar isso é a seguinte: antes de a mãe ser percebida de modo objetivo, ela é um objeto subjetivo. Quando o bebê começa a se separar dela e a vê-la como algo intermediário ele sente que perde seu poder onipotente e isso é um choque para ele, pois surgem dúvidas quanto a ser ou não objeto do self. Para diminuir as angústias geradas por essas percepções, a mãe deve se adaptar as necessidades do filho e ajudá-lo a se inserir no princípio da realidade (Winnicott, 2011). Esse processo pode ser considerado bastante delicado, pois a mãe deve saber os momentos exatos de agir, saber dosar sua disponibilidade ao filho, pois se for demais ou de menos também pode causar prejuízos.

Quando o bebê olha para o rosto da mãe ele se vê ali. Isso ocorre devido à mãe olhar para o filho. O que ela parece a ele está relacionado ao que ela própria vê. Ambos se veem como um único corpo, como se fossem fundidos. (Winnicott, 1975)

DESCOBERTA DO BEBÊ COMO INDIVÍDUO E A ESTRUTURAÇÃO DO EU



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

O bebê começa a se descobrir devido à função ambiental, ao ser segurado, ao manejar objetos e ao lhe apresentarem objetos. Ao manejar os objetos a criança passa a perceber que eles não são criados por ele, não são subjetivos, como era sentido anteriormente, mas que são exteriores a ele, fazem parte do seu “não-eu” (Winnicott, 1975). Entretanto, para que o bebê relacione o seu Eu com o corpo e suas funções e depois descobrir outros objetos, é necessário que tudo ocorra bem no seu desenvolvimento (Winnicott, 1983).

Durante o holding a sensibilidade cutânea do lactante é valorizada e isso é importante para que o bebê consiga definir seus contornos. Então, durante a fase de holding o ego deixa de ser um estado não-integrado para ser uma integração estruturada, ele passa a ser um indivíduo. Devido a isso, o bebê consegue fazer a inserção da psique no soma. O que alicerça essa união é a ligação das experiências funcionais motoras e das sensoriais com o estado de indivíduo. Junto a essas alterações passa a existir uma membrana limitante que é equiparada à superfície da pele e possui um lugar entre o “eu” e o “não-eu”. Assim a criança passa a ter um interior, um exterior e um esquema corporal. Uma indicação de que o lactante saiu da fusão é quando ele passa a transmitir sinais de que está sentindo e identificando esses sentimentos, isso pode ser notado quando ele sente fome e chora. (Winnicott, 1983)

Durante todo instante está ocorrendo a integração e a vinculação da psique com o corpo, bem como, o desenvolvimento da capacidade de estabelecer relações objetais. Porém, quando ocorrem repetidas falhas ambientais, que conduzem a um isolamento estruturado, isso não ocorre como o esperado. Isso pode acontecer, por exemplo, por falhas no holding e no atender os impulsos criativos (Winnicott, 2011). Devido a essas falhas, podem surgir diversos quadros, entre eles as doenças psicossomáticas. Estas também podem ser vistas quando a criança não consegue se desenvolver quanto a tolerar frustrações, pensar e simbolizar, devido a uma mãe não ser suficientemente boa – ser ausente ou ser excessivamente boa (Zimerman, 1999). Aqui é possível pensar em uma associação com falta ou excesso de amor e carinho, ou seja, tudo que é pra mais ou para menos não faz bem, torna-se necessário saber dosar sentimentos, comportamentos, entre outros.



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

O aparelho psíquico, na visão de Souza (1998), é um aparelho psicossomático, sendo impossível existir um corpo dissociado da mente, ou uma mente dissociada do corpo. Esse autor entende que esse aparelho psicossomático funciona como uma unidade, que é composto por fatores genéticos, influências da história, da linguagem e das experiências que o corpo proporciona. Considera ainda que, sem o corpo, o psiquismo não poderia existir, ressaltando o quanto o corpo e a mente estão integrados.

Nesse mesmo sentido, Mello (2002) defende que toda a doença que incide sobre uma pessoa é psicossomática, pois o ser humano é composto por soma (corpo) e psique (mente), inseparáveis fisicamente e funcionalmente. Afirmar que todas as doenças orgânicas sofrem influência da mente, considerando que processos biológicos, mentais e físicos ocorrem simultaneamente. Zimerman (1999) ressalta que todas as pessoas possuem uma “potencialidade somática” que irão se manifestar no corpo a partir de uma situação emocional disparadora.

Porém, entender a psicossomática dessa maneira seria entrar num dos riscos apontados por Marcelli e Cohen (2012): ampliar excessivamente o conceito de psicossomática. Isso levaria a uma perda de sentido do que realmente é a psicossomática, por outorgar a ela todo tipo de transtorno, considerando-se que seja possível inferir um sentido psicológico à toda doença. Dessa forma entendemos como doença psicossomática aquela na qual não há causa física que explique sua origem e sim, causas psicológicas, que ocorrem quando não é possível simbolizar o conteúdo conflitivo e o indivíduo acaba por atuar em seu corpo.

As criações do ser humano, como a neurose, a psicose, os sintomas, os sonhos, entre outros, tem como objetivo a manutenção de sua estrutura, de sua identidade, de se defender de qualquer coisa que o ameace. Porém, as criações psicossomáticas, conforme a teoria de McDougall (1983), não tem por objetivo a proteção da vida instintiva ou do ego. Sua finalidade seria apenas a descarga, um ato semelhante aos atos-sintomas. Por trás dos atos estaria “uma carência na elaboração psíquica e uma falha na simbolização, as quais são compensadas por um agir de caráter compulsivo, procurando, dessa forma, reduzir a intensidade da dor psíquica pelo caminho mais curto” (p. 134).

Porém, se o objetivo do ato é a diminuição da dor pelo caminho mais curto, como McDougall expressa, não seria essa uma forma de proteção do indivíduo? Ele não teria o ganho secundário de diminuição da sua dor, apesar do sofrimento pela criação



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

psicossomática? Considerando essa descarga como sendo uma catarse, pensou-se em qual seria o ganho, para o indivíduo, de atuar no corpo. Para tanto, alguns conceitos como catarse e ab reação foram pesquisados no Vocabulário de Psicanálise de Laplanche e Pontalis (2001), para melhor entendimento. Mesmo pela teoria de Freud pode-se entender que um excesso de catexias pode romper a estrutura do ego e, quando não existir outra possibilidade de descarga dessa energia, a descarga pode ocorrer no corpo (Almeida, 2008). A partir dessas pesquisas, pode-se inferir que existem ganhos secundários no atuar, pois o indivíduo está liberando uma carga de energia e gerando um alívio de tensão.

McDougall (1983, p. 134) reconhece que criações psicossomáticas tragam ganhos secundários, porém, as caracteriza como “a regressão mais profunda e primária do ser”, por se tratar da incapacidade de sentir, do ato tomando lugar do imaginário. Ao mesmo tempo, ela afirma ser provável que muito mais pessoas consigam manter seu equilíbrio psíquico através das manifestações psicossomáticas do que se produzissem sintomas neuróticos ou psicóticos, mesmo que essas manifestações sejam as mais regressivas que o ser humano pode expressar.

Alguns anos mais tarde, quando McDougall (1996) escreveu Teatros do Corpo, pode-se notar uma evolução do entendimento sobre a psicossomática, pois a autora defende que, mesmo as doenças psicossomáticas que ameaçam a vida biológica do indivíduo podem representar uma luta deste pela sobrevivência psíquica. É uma contradição ao que foi dito no livro Em defesa de uma certa anormalidade, de 1983, quando a autora retira da psicossomática a função de proteção do psíquico do indivíduo. Essas diferenças mostram que o estudo da psicossomática está em constante construção.

OBJETIVOS

Considerando a pertinência do assunto psicossomática, tanto na vida de crianças quanto de adultos, objetiva-se, através deste estudo, aprofundar as questões referentes à descoberta do próprio corpo e às doenças psicossomáticas. Dessa forma, a intenção é possibilitar uma discussão acerca das possíveis causas dos fenômenos psicossomáticos, as possíveis situações que podem levar o indivíduo a se utilizar da atuação no corpo como uma forma de defesa.



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

METODOLOGIA

A fim de alcançar os objetivos propostos neste estudo foi realizado um estudo bibliográfico em livros e artigos. As obras de autores consagrados no estudo da psicossomática, como McDougall, e no estudo de crianças, como Winnicott, foram consultadas, além de livros e artigos diversos que abordam o assunto da psicossomática. Outras bibliografias foram utilizadas, como Dicionário de Psicanálise e a Classificação de Transtornos mentais e de Comportamento da CID-10.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

A estruturação do ego vai se dando pela relação entre mundo externo e interno do bebê, e essa relação é mediada pelo corpo. O bebê descobre o mundo por seu corpo, pelo toque, seja na alimentação, no contato com objetos, ou no contato com a mãe. É o corpo que faz esse intermédio entre interno e externo, tão fundamental para sua estruturação psíquica. Quando a criança apresenta manifestações psicossomáticas entende-se como um indício de que alguma coisa não está bem, o desenvolvimento de sua estrutura psíquica não está ocorrendo como deveria. Até pela infância ser uma fase de estruturação do ego, como expressa Almeida (2008), não se pode considerar as criações psicossomáticas com sendo um sintoma, pois ainda não se pode falar de um sujeito inconsciente.

Quando a criança vivencia experiências somáticas muito intensas antes de poder fazer uma representação clara do seu corpo, ela percebe seu corpo e o de sua mãe como uma unidade. Quando a diferenciação entre mundo externo e interno não fica bem constituída, quando os limites corporais não estão bem separados dos outros e uma experiência afetiva no outro se torna importante para o indivíduo, pode ocorrer, como consequência, a eclosão de fenômenos psicossomáticos, como se existisse apenas um corpo para os dois. (McDougall, 1996).

Sob uma ótica complementar, Almeida (2008) entende que o processo da psicossomática se dá pela simbolização do corpo, o que não difere tanto do entendimento trabalhado até agora. Para este autor, o sujeito vai se constituir pela possibilidade de imaginar o real do corpo, para poder, posteriormente, simbolizá-lo. Essa passagem do copo real ao corpo simbólico se dá pela inserção da linguagem. Quando há uma falha nessa



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

simbolização, as descargas vão para o corpo real, em vez de irem para o corpo simbólico. Não há inscrição do simbólico nas criações psicossomáticas, há apenas uma intensidade sem simbolização. Isso ocorre devido a uma falha no desejo do outro em metaforizar o indivíduo. A criança vai se tornando um significante dentro da família através do investimento da mãe. Vai ganhando uma história e encontrando um sentido para si. Quando esse processo falha, o significante não prevalece sobre a intensidade, pois não passou pela simbolização, dessa forma, as descargas ocorrem no corpo real.

Ambos os autores, McDougall e Almeida, expressam que a falha da simbolização para Almeida e a falha na representação para McDougall, está na falha da separação entre mãe e bebê. Essa separação ocorre pela inserção de um terceiro, ou seja, pelo papel da figura paterna.

As manifestações somáticas da criança possuem frequentemente ligações com os processos de maturação e com os de desenvolvimento. O sintoma psicossomático possui posição privilegiada na diade mãe-filho. Há evidências de que manifestações psicossomáticas tendem a ocorrer em idades predeterminadas que são relacionadas com a maturação dos órgãos e com o desenvolvimento psicológico. (Marcelli e Cohen, 2010).

Em algumas doenças psicossomáticas ocorre uma persistência em manter a psique e o soma juntos. Isso serve como defesa, para que não ocorra a separação psicossomática, ou de alguma maneira de despersonalização. (Winnicott, 1983) Isso ocorre, pois corpo e mente devem estar sempre juntos, eles formam o indivíduo completo. O medo da despersonalização também pode estar ligado ao medo da desintegração, de deixar de existir, a pessoa precisa sentir seu corpo físico para saber que existe. Ao não ser vista pelos outros ela pode passar a atuar no corpo para se sentir viva e/ou para que lhe vejam e lhe deem atenção, isso pode acontecer repetidas vezes em uma pessoa.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em síntese a tudo o que foi apresentado até agora, pode-se concluir que a criança precisa ser apresentada ao mundo externo, para tanto, a figura paterna tem a função de romper a simbiose entre mãe e bebê, pois esse estado fusional faz com que o bebê sinta-se como uma unidade com a mãe, não como um ser individualizado. Conforme a criança vai diferenciando o que é seu mundo interno e o que é externo à ela, vai também estruturando



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

eu psiquismo. Quando há falhas nesse processo, seja por uma carência de olhar por parte da mãe, seja por uma falta de rompimento do estado fusional com ela, a criança tende a não conseguir fazer uma representação simbólica do que é o seu corpo, do que ela é. A criança não consegue encontrar caminhos mais saudáveis para a descarga de sua energia psíquica, pois suas representações não estão bem definidas, seu ego não está bem estruturado, a ponto de não conseguir formar uma estrutura neurótica ou psicótica. Dessa forma, a criança acaba realizando essa descarga no seu corpo real, por não haver possibilidade de descarga no simbólico.

Cada vez mais se percebe a importância da fase inicial da vida, pois é nela que a pessoa começa a tomar forma, a se sentir viva e posteriormente, com a relação da mãe e a entrada de um terceiro nessa dupla, se tornar um indivíduo. Dessa forma, tornou-se imprescindível falar da psicossomática. Entender como os fenômenos psicossomáticos se originam fornece base para o um possível tratamento.

Foi extremamente gratificante a elaboração desse trabalho, já que abrange áreas que atraem as graduandas, tais como relação mãe-bebê, relação com o próprio corpo e doenças psicossomáticas, o atuar no corpo. Acredita-se que foi de grande valia poder rever alguns conceitos e descobrir outros, pois as discussões realizadas proporcionaram, no decorrer da elaboração deste estudo, questionamentos e esclarecimentos importantes.

REFERÊNCIAS

- Almeida, R. M. C. (2008) Psicossomática na Infância: sujeito em risco. Porto Alegre: Rev. Assoc. Psicanal. Porto Alegre, n. 35, p. 74-81, jun./dez.
- CID-10. (1993) Classificação de Transtornos mentais e de Comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas – Coord. Organiz. Mund. Da Saúde; trad. Dorgival Caetano. Porto Alegre: Artmed.
- Laplanche, J. & Pontalis, J. B. (2001) Vocabulário de psicanálise / Laplanche e Pontalis. 4ª ed. São Paulo: Martins Fontes.
- Marcelli, D. Cohen, D. (2010) Infância e Psicopatologia. Porto Alegre: Artmed.
- McDougall, J. (1983) *Em defesa de uma certa anormalidade: teoria e clínica psicanalítica*. Porto Alegre: Artes Médicas.



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

- Mcdougall, J. (1996) *Teatros do corpo: o psicossoma em psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes.
- Mello Filho, J. (2005) *Concepção psicossomática: visão atual*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 10 ed.
- Souza, M. L. (1998) *Psicossomática, uma saída fora da estrutura*. Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental.
- Winnicott, D. W. (1983) *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. Porto Alegre: Artmed.
- Winnicott, D. W. (1975) *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago.
- Winnicott, D. W. (2011) *Tudo começa em casa*. 5ª ed. São Paulo: Martins Fontes.
- Zimerman, D. E. (1999) *Fundamentos psicanalíticos: teoria, técnica e clínica – uma abordagem didática*. Porto Alegre: Artmed.



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

O diário de campo nas pesquisas em instituições de saúde: em busca de uma postura ética e crítica

Moises Romanini ¹

Adriane Roso²

¹ Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)

² Universidade Federal de Santa Maria (UFSM)

RESUMO

O presente trabalho tem como objetivo inicial problematizar e apresentar a utilização do Diário de Campo como um método de pesquisa em instituições de saúde. O diário de campo foi utilizado como instrumento em uma pesquisa de mestrado, que propunha encontros dialógicos com usuários de um Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas. Tendo a Psicologia Social Crítica como pressuposto teórico da referida pesquisa, buscamos tecer algumas articulações entre ela e a prática da escrita do diário. No diário de campo de nossa pesquisa, encontramos uma “mistura” de vários elementos: uma análise de implicação do pesquisador-mediador frente ao serviço e aos acontecimentos, um levantamento dos dados observados no campo, a descrição de sentimentos despertados e, também, um texto mais “erudito”, no qual o pesquisador-mediador levantou algumas questões consideradas pertinentes para a discussão dos resultados nessa dissertação. Esse diário, porém, não é constituído apenas pelas anotações do pesquisador-mediador, mas também por reportagens veiculadas em jornais da cidade, por letras de músicas e os relatos da observadora do grupo. Conclui-se que, se assumimos a complexidade do diário de campo, como uma *escrita implicada* do pesquisador, o diário não é mais concebido como um simples método de coleta de dados, mas como um instrumento que reflete uma postura crítica e uma preocupação ética do pesquisador.

Palavras-Chave: Psicologia Social Crítica; Metodologia de Pesquisa; Instituições de Saúde.



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

INTRODUÇÃO

O presente trabalho tem como objetivo inicial problematizar e apresentar a utilização do Diário de Campo como um método de pesquisa em instituições de saúde. A necessidade de escrever sobre a utilização deste método vem de algumas observações dos autores deste trabalho: a escassez de trabalhos sobre o tema dentro do campo da Psicologia e, mais especificamente, da Psicologia Social Crítica; as dificuldades encontradas por aqueles que decidem se iniciar na prática da escrita do diário, tanto em suas pesquisas quanto em outros contextos, como no cotidiano dos serviços; e, por fim, a tentativa de pensar o Diário de Campo para além de um método de coleta em uma pesquisa, constituindo-se a partir de uma postura ética e crítica do pesquisador.

As notas no diário originam-se da produção de uma dissertação de mestrado, cujo objetivo geral foi o de analisar como os usuários de crack, inseridos em um CAPS ad, percebem as formas simbólicas veiculadas na campanha televisiva “Crack nem pensar”. Através dos encontros dialógicos, propomos a construção de um espaço de comunicação, entendido como o direito de dizer sua palavra, expressar sua opinião. Uma pesquisa pautada em encontros dialógicos propicia a criação de ações nas quais o(s) Outro(s) também possa(m) dizer a sua palavra sobre “o crack”. Dessa forma, a proposta de encontros dialógicos com os usuários traz à tona processos de participação social, nos quais se produz “uma psicologia do reconhecimento em que sujeitos socialmente excluídos entram nas arenas públicas para dizer quem são, o que sabem e o que querem” (Jovchelovitch, 2008, p.280).

Para a efetivação do que denominamos de encontros dialógicos adotamos o método dos grupos focais. Foram realizados três grupos, com um total de 16 interlocutores. Em cada grupo foram exibidas as duas propagandas televisivas da Campanha “Crack, nem pensar”, como disparador do debate proposto. Mas não são desses encontros que vamos tratar aqui. Ao entender que os encontros dialógicos produzem “uma psicologia do reconhecimento” na qual as pessoas têm espaço para dizer “quem são, o que sabem e o que querem”, como afirmamos acima, a entrada do pesquisador no serviço de saúde (CAPS ad) e a escrita do Diário de Campo também são constituintes desses encontros.



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Adotamos como base teórica e metodológica os pressupostos da Psicologia Social Crítica. O termo crítica, que agrega um sentido e uma implicação diferente à Psicologia Social, vem, etimologicamente, do verbo grego *krinein*, que significa “julgar”, a ação de realizar um julgamento num tribunal (Guareschi, 2009). Segundo o mesmo autor, num verdadeiro julgamento, o indispensável é que “haja duas partes, que se tenha presente o pressuposto indispensável da existência de dois lados nas questões, nos fenômenos, nas realidades humanas” (p.15). Portanto, crítico ou postura crítica significa que todas as ações e todos os fenômenos possuem ao menos dois lados, ou seja, nada é absoluto, tudo contém sua contradição.

A noção de consciência é fundamental para a Psicologia Social Crítica. A consciência é entendida como o *quanto de resposta* conseguimos dar às perguntas “Quem sou eu?” e “Que são as coisas que me rodeiam?”. Nesse sentido, a consciência leva à liberdade, e ambas conduzem à responsabilidade (Guareschi, 2009). Constitui-se, assim, o que Guareschi (2009) denomina de tripé da dignidade humana – consciência, liberdade e responsabilidade –, no qual

Começa-se por *refletir* sobre a questão, buscando as razões de por que somos como somos, de por que as coisas são assim. Em outras palavras: vou tomando consciência do problema. Ao aumentar essa consciência, vou também, ao mesmo tempo, conhecendo as verdadeiras e complexas razões da estruturação dos fenômenos e, pode-se dizer, me libertando de ignorâncias, mitos, lacunas, medos, condicionamentos etc. E essa compreensão que me faz livre, me faz também ser responsável, isto é, faz com que aja de determinada maneira, pois agora sou/estou consciente e sei mais do porquê de as coisas serem assim. Essa é a responsabilidade que vem de dentro (p.27).

Arriscamo-nos a dizer que o tripé da dignidade humana (consciência, liberdade e responsabilidade) atravessa o método (ou os métodos) adotado (s) nessa pesquisa: ora, o observar e o escrever sobre o que observamos não nos tornam mais conscientes do problema? Tendo agora em vista a Psicologia Social Crítica como pano de fundo das nossas reflexões, passemos às reflexões sobre a observação e o Diário de Campo.

As Observações e o Diário de Campo: tomando consciência daquilo que nos rodeia

Utilizamos, em nossa pesquisa, o método da observação participante (Angrosino, 2009), acompanhado da ferramenta do diário de campo. Ou melhor, a observação



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

participante em sua fase exploratória. A inserção do pesquisador-mediador²² no CAPS ad ocorreu a partir de observações nas reuniões de equipe e em outras atividades do serviço, sob autorização prévia dos usuários e profissionais.

Concebendo o diário de campo como a principal forma de registro das informações coletadas no decorrer das observações (MacRae, 2004), incorporamos essa prática como método de nossa pesquisa. A prática do diário de campo nos revela que o ato de anotar ou de escrever sobre as observações feitas no local da pesquisa tem uma utilidade que vai além do registro de dados que com o tempo poderiam ser esquecidos; trata-se de um ato que “funciona como maneira de introduzir uma ordenação inicial ao material e ajuda a detonar reflexões mais sistematizadas e aprofundadas” (MacRae, 2004, p.7).

O ato de escrever sempre teve importância na prática da análise institucional (Hess & Weigand, 2000). Entretanto, não se trata de qualquer escrita, mas de uma *escrita implicada*, uma escrita reflexiva que pode funcionar como uma ferramenta de auto-avaliação do pesquisador. Quando escrevemos textos distanciados em relação ao que somos ou fazemos não estamos experimentando a escrita implicada, pois ela “capta, no dia-a-dia, as percepções, as experiências vividas, os diálogos, mas também as sobras do concebido que emergem” (Hess & Weigand, 2000, p. 16). Podemos pensar, nesse sentido, que a *escrita implicada* envolve um processo de conscientização, já que nos ajuda a tomar consciência daquilo *que está aí* (percepções, experiências, diálogos), bem como do que *não está aí* (as sobras do concebido que emergem).

Do ponto de vista da análise institucional, o Diário de Campo é uma ferramenta que articula e explora as relações entre campo de intervenção e de análise, utilizado para agrupar registros e reflexões sobre experiências (o vivido), ideias (o concebido) e observações (o percebido) (Hess & Weigand, 2000). Existem, contudo, diversas formas de escrever o diário. E quais são as formas comuns a todas estas formas de diário? Hess e Weigand (2000) nos indicam 12 características, mas vamos nos focar apenas em algumas delas.

O diário é construído no dia-a-dia. Podemos escrever o diário no mesmo dia ou no posterior à experiência, mas ele sempre é restrito ao presente: sempre escrevemos no momento, estando ainda sob o efeito do impacto daquilo que foi vivido. Um exemplo disto

²² A expressão “pesquisador-mediador” foi utilizada nessa pesquisa para indicar e enfatizar o papel de mediador característico dos Grupos Focais, papel esse exercido pelo discente do mestrado.



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

é a escrita sobre um dia de observação no serviço: “Hoje foi, para mim, um dia difícil. Fiquei praticamente todo o dia no CAPS, fiquei de manhã com os usuários e à tarde participei da reunião de equipe (...)” (Diário de Campo, 07 de abril de 2011).

O *destinatário* do diário. Num primeiro momento o diário é escrito para si mesmo, mas, mesmo íntimo, ele pode ser escrito para outra pessoa. De qualquer maneira, entre o momento da escrita e o momento da leitura ou da releitura há um espaço, no qual posso ter me transformado, e “é exatamente a mudança que se operou em mim que meço relendo meu diário” (Hess & Weigand, 2000, p.19). No momento da releitura do diário de campo de nossa pesquisa, alguns fragmentos foram tomados como “cenários”, utilizando-as como estímulos para as análises.

Isso somente foi possível, em primeiro lugar, porque houve um distanciamento espaço-temporal e também de uma posição subjetiva entre os momentos da escrita e da releitura, e, em segundo lugar, pela característica que Hess e Weigand (2000) denominam de *supervisão*. A supervisão é fundamental no processo da escrita do diário, pois a leitura do diário por outro ajuda na progressão e desenvolvimento da pesquisa.

Em uma revisão sobre o diário de campo como ferramenta e dispositivo para o ensino e para a pesquisa, Azevedo e Carvalho (2009) indicam dois modos de escrever um diário, identificados a partir dos estudos de Lourau. O primeiro aponta para a necessidade de fazer a análise das implicações do pesquisador na observação participante. Enquanto observa, o pesquisador tenta construir certa distância do objeto, ao mesmo tempo em que busca o máximo de familiaridade com o campo de estudo. Esse primeiro modo de realizar o diário, portanto, consiste numa ferramenta para traduzir e dar visibilidade a esses movimentos de aproximação e de distanciamento, podendo revelar as implicações do pesquisador nesse processo de trabalho. Um exemplo desse primeiro modo de escrever um diário é a descrição das dificuldades encontradas na pesquisa e alguns questionamentos feitos pelo pesquisador-mediador:

Infelizmente o grupo não ocorreu. Já estamos completando um mês tentando realizar o segundo encontro. Saí do CAPS hoje muito frustrado, desanimando com as dificuldades da pesquisa. Questiono-me sobre o porquê de não conseguir fazer o grupo. Será minha culpa? Será que fiz algo errado? É o modo como tenho contatado as pessoas? É a chuva? Será que é em função das dificuldades que o serviço tem enfrentado? Será as dificuldades dos usuários em se vincular ao serviço? Após algumas conversas com minha orientadora, fiquei



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

pensando que todos esses aspectos precisam ser considerados... (Diário de Campo, 31 de maio de 2011).

O segundo modo identificado por Lourau é chamado de método funcionalista, no qual podemos identificar, dentro de um mesmo diário, três diários, indivisíveis e profundamente relacionados: o Diário de Campo (constituído por um puro levantamento e agrupamento de dados observados ou a observar), o Diário Íntimo (o censurado pelo próprio autor ou por editores, sofre censura ou para resguardar as pessoas, para adequar-se a limites éticos ou morais vigentes. Nele, o observador e o objeto começam a se confundir, os sentimentos do pesquisador em relação às pessoas e ao local são expressos), e o Diário de Pesquisa (é a produção de um texto “erudito” com esboços do que está para ser descoberto e discutido no trabalho de pesquisa) (Azevedo & Carvalho, 2009).

Com o intuito de evidenciar esses três diários, profundamente relacionados, apresentamos outro fragmento do nosso diário de campo:

O segundo momento que me chamou atenção foi quando os guris começaram a mostrar suas cicatrizes. Parecia uma disputa de quem tinha mais cicatrizes no corpo. Cada cicatriz mostrada vinha acompanhada de uma história vivida por eles [1]. O terceiro momento está relacionado com o segundo. Eles se comparam entre si com base na quantidade de cicatrizes e no tempo ou número de vezes que “puxaram cadeia”. Os que têm mais cicatrizes no corpo e mais tempo de cadeia se consideram e são considerados mais “fortes” e, portanto, merecem mais respeito que os outros. Observei que o respeito está associado à obediência “cega” ao “mais forte” e, conseqüentemente, ao medo. A “lei do mais forte” e do medo, vivenciadas na rua, parecem estar sendo “reproduzidas” dentro do CAPS [2]. (...) esse medo tem sido sentido também pelos profissionais [3]. (Diário de Campo, 06 de abril de 2011).

Nesse pequeno fragmento do diário identificamos três indícios dessas formas de escrever o diário. O primeiro trecho destacado consiste na apresentação ou descrição de dados e situações observados no local da pesquisa – o Diário de Campo. O segundo trecho é uma aproximação com o Diário de Pesquisa, no qual se inicia a produção de um texto com esboços do que será discutido no trabalho de pesquisa. A questão das cicatrizes, do corpo e da “lei do mais forte” constituiu-se como elemento importante na análise sócio-discursiva de nosso trabalho. E, por fim, o último trecho destacado é o início de um relato de sentimentos despertados nas experiências vividas no serviço. Fala do medo não apenas sentido pelos profissionais, mas também pelo pesquisador-mediador.



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Portanto, no diário de campo de nossa pesquisa, encontramos uma “mistura” de todos esses elementos: uma análise de implicação do pesquisador-mediador frente ao serviço e aos acontecimentos, um levantamento dos dados observados no campo, a descrição de sentimentos despertados e, também, um texto mais “erudito”, no qual o pesquisador-mediador levantou algumas questões consideradas pertinentes para a discussão dos resultados nessa dissertação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A discussão nesse trabalho procurou evidenciar a complexidade da utilização do Diário de Campo em pesquisas em instituições de saúde (bem como em outros contextos de pesquisa). No momento em que consideramos essa complexidade, acabamos por assumir o Diário Campo não apenas como um simples método de coleta de dados, mas como um instrumento que pode refletir uma postura crítica e uma preocupação ética do pesquisador em relação ao que está pesquisando.

O nosso esforço de apresentar as dificuldades e os avanços na pesquisa proporcionados pelo exercício do diário nos faz pensar que nossa escrita é sempre uma *escrita implicada*, na qual não conseguimos separar o sujeito que pesquisa daquele sujeito que sente, se emociona, experimenta, vive. E essas emoções, experiências e vivências se dão nos contextos estudados com os sujeitos, com as pessoas que compõem os serviços. Por isso também, justificamos a nossa tentativa de aproximar esse método (crítico-ético) com o nosso pressuposto teórico: a Psicologia Social Crítica.

Ao escrever, vamos tomando consciência da realidade, dos problemas. Ao tomarmos consciência, responsabilizamo-nos por aqueles que nos propomos a compreender, é a verdadeira ética na pesquisa. As experiências de escrever um diário de campo e de, posteriormente, ler, reler e reescrever sobre ele, nos mostra o quanto nos transformamos nesse período de tempo, subjetiva, crítica e eticamente, assim como a Psicologia Social *Crítica* também precisa constantemente se reinventar.



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

REFERÊNCIAS

- Angrosino, M. (2009). *Etnografia e Observação Participante* (Coleção Pesquisa Qualitativa, U. Flick, Coord., J. Fonseca, Trad.). Porto Alegre: Artmed.
- Azevedo, B. M. S., & Carvalho, S. R. (2009). O Diário de Campo como ferramenta e dispositivo para o ensino, a gestão e a pesquisa. In S. R. Carvalho, S. Ferigato, M. E. Barros (Orgs.). *Conexões Saúde Coletiva e Políticas de Subjetividade*. São Paulo: Ed. Hucitec.
- Guareschi, P. A. (2009). *Psicologia Social Crítica como prática de libertação* (4a. ed.rev.ampl.). Porto Alegre: EDIPUCRS.
- Hess, R. & Weigand, G. (2000). A escrita implicada. (R. M. de A. Abreu, Trad.). *Cadernos de Educação*, n.11.
- Jovchelovitch, S. (2008). *Os contextos do saber – representações, comunidade e cultura* (P. A. Guareschi, Trad.). Petrópolis: Vozes.
- MacRae, E. (2004). Abordagens qualitativas na compreensão do uso de psicoativos. In L. A. Tavares, A. R. B. Almeida, E. MacRae, & O. S. Ferreira (Orgs.). *Drogas: tempos, lugares e olhares sobre seu consumo*. Salvador: EDUFBA, CEETAD/UFBA.
- Recuperado em 20 de junho de 2011, de NEIP: http://www.neip.info/downloads/t_edw9.pdf.



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

O enfrentamento da morte pelos profissionais da saúde

Bruna Lecintia Carpes Souto ¹

Liana Bohrer Berni ¹

Carmem Lúcia Colomé Beck

¹ Universidade Federal de Santa Maria (UFSM)

RESUMO

Este trabalho buscou contextualizar através da literatura, as formas que a morte já foi compreendida e encarada até chegarmos aos dias atuais, desde quando a mesma ocorria nos domicílios e os moribundos estavam rodeados da família até os dias de hoje no hospital, quando ocorre junto aos trabalhadores da saúde. Assim como também entender como se dá a preparação e o enfrentamento da morte por estes profissionais no seu cotidiano. Através de uma reflexão bibliográfica e histórica, foi possível constatar que é complexo falar e vivenciar a morte durante a prática profissional. O silêncio sobre o tema ainda é predominante como comportamento e o meio social dificulta esta discussão, através da negação, não prepara o ser humano para esse acontecimento. Dessa forma, surge a necessidade de se implementar discussões e reflexões sobre a morte e o morrer durante a formação dos profissionais da saúde, bem como na rotina dos ambientes hospitalares.

Palavras Chaves: Morte; Profissionais da saúde; Formação.

INTRODUÇÃO

Em plena contemporaneidade, a morte é vista como um tabu, sugerindo a proibição em se falar sobre este tema. Apesar dos estudos sobre a morte e o morrer, o consumo destes discursos reflexivos sobre a morte se dá a passos lentos e tímidos, frente à necessidade que se observa em lidar com esta no cotidiano de todos os mortais. Em especial, dos que trabalham em situações que atendem e combatem a eminência da morte - os profissionais da saúde. Para esses, falar, significar, compreender e pensar sobre este



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

tema é uma questão de saúde, uma vez que a exposição à ocorrência da morte é intensa em sua rotina de trabalho.

A morte recebeu inúmeras representações, pois os sentidos atribuídos a esta variavam e ainda variam conforme o período histórico retratado. A morte tem sido objeto de investigação desde o século XX, e estudiosos das ciências sociais tem se encarregado de realizar as primeiras produções sobre o fim da vida. Esse é um assunto que nos dias atuais causa desconforto, provoca silêncio, uma vez que pouco se fala sobre ela, não sendo a mesma previsível, apesar da certeza de que em algum momento da vida do homem ocorrerá.

Logo, este estudo surge da preocupação com a saúde do trabalhador da saúde que, em seu ambiente de trabalho, vivencia a morte diversas vezes e de variadas formas. Para isso, buscou-se contextualizar através da literatura, as maneiras que a morte já foi encarada até os dias atuais, qual a preparação e como se dá o enfrentamento dessa realidade pelos profissionais da saúde no seu dia a dia.

Como fica a saúde do trabalhador da saúde?

As práticas focadas em Saúde do Trabalhador preocupam-se com o bem estar e a qualidade de vida, sendo o trabalho um fator determinante da saúde. Além disso, se reconhece a sua importância para a subjetividade dos trabalhadores e para sua inserção social, além de ser capaz de provocar mal estar, adoecimento e morte. (NEHMY e DIAS, 2010)

Dejours (1992), um grande estudioso da psicodinâmica do trabalho, analisa os ambientes e as rotinas dos trabalhadores para identificar as possíveis causas de sofrimento no trabalho. O autor aponta que, em certas situações, existe um sofrimento gerado pela contradição dos planos individuais, desejos, projetos de um trabalhador para com os do ambiente de trabalho. Essa situação se exemplifica quando o ambiente de trabalho impossibilita qualquer modificação na tarefa, no sentido de torná-la mais adequada, conforme as necessidades fisiológicas e os desejos psicológicos dos trabalhadores.

Todo trabalho tem uma carga, o que fortalece a ideia da existência da carga psíquica no trabalho, mas compreender a relação de carga psíquica no trabalho perpassa pelo entendimento do trabalho em si, como uma ação coletiva, a qual visa atender ações de



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

reconhecimento, segurança e relação social do indivíduo. Assim sendo, o trabalhador, por sua vez, é uma pessoa cujas ações e afetividades estão construídas pela demanda do contexto social. (Codo, 2006)

O trabalho como um todo, além da realidade material, tem uma significação simbólica, sendo que para os profissionais da saúde existem algumas especificidades. Os mesmos estão em constante contato com a morte e a vida, o sofrimento alheio e essas situações são densas e cheias de simbolismos. O trabalho do profissional da saúde exige empatia para o paciente, pois a dor é subjetiva, sendo que o trabalhador precisa estar aberto para perceber a situação e conseguir atuar sobre ela. Porém, essa abertura afetiva permite gerar um contágio emocional que pode levar ao sofrimento e, até mesmo, interferir na qualidade do serviço prestado. (LAGO e CODO, 2010)

Quando se fala em profissionais da saúde, estão englobados todos aqueles que atuam em uma instituição de saúde, independente do cargo que ocupam. O trabalho desses profissionais de saúde é realizado frente a um ser humano doente e sua família, ou seja, pessoas com sentimentos e conflitos intensos. Essas vivências podem contribuir para que o trabalhador reflita sobre suas fragilidades e esses conflitos podem ser geradores de estresse. (LAGO e CODO, 2010)

Pode-se citar como exemplo o caso de uma equipe de enfermagem em um hospital, pois a mesma vivencia prazer e sofrimento em sua rotina de trabalho. Isso ocorre porque existe a possibilidade de ser útil, confortar, enfim, ajudar a salvar vidas. Mas esta equipe também vivencia nesse mesmo local, o sofrimento, a dor, a morte e várias situações difíceis, as quais interferem no conteúdo emocional desse trabalhador. (MARTINS, ROBAZZI e BOBORFF, 2010)

A morte e o morrer

A morte é um fenômeno que possibilita muitas hipóteses e considerações sobre como esta ocorre, por qual motivo se determina o encerramento da vida, ou a passagem para nova vida, dependendo da perspectiva e crença atribuída a ela. O que pode-se considerar é que as crenças e os valores culturais perpassam sobre a compreensão do acontecimento morte e morrer. Nesta perspectiva, a compreensão das ideologias usadas para definir a morte existem desde há muito tempo, quando alguns pensadores se



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

propuseram a pensar sobre a morte, seja para aceita-la, recusá-la, ou censurá-la. (CHIAVENATO, 1998)

A história da morte começou na idade média quando se falava na morte domada, ou seja, quando a mesma era organizada e presidida por quem estava morrendo e ocorria em casa. (KOVACS, 2003) Já entre os séculos XI e XII, surge a morte de si, conceito que perdurou até o século XIV, sendo que o doente reconhecia sua finitude. Entre os séculos XIX e XX, a morte tornou-se insuportável e dramática e aqui começou um afastamento social da mesma. Mas somente depois do século XX, foi que o conceito de morte se inverteu e se tornou um assunto oculto, nebuloso, chamado de morte moderna, sendo esta administrada pelo saber e pela instituição médica. (ARIÉS, 1977)

Quando se fala em morte moderna, significa dizer que o doente não será escutado e que não haverá espaço para a expressão de seus sentimentos. Literalmente o doente é silenciado e não permitem que o mesmo possa decidir sobre questões referentes à sua vida, doença, ou mesmo a própria morte. (MENEZES, 2004)

A sociedade moderna privou o homem de viver a morte, uma vez que as ações sociais influenciam diretamente na questão individual e psicológica do homem. Quando se vive em uma sociedade que evita a morte, a sua desmitificação se torna um exercício árduo.

Na sociedade contemporânea o controle social é fator preponderante na organização do comportamento das pessoas e se vive em tempos em que não se fala sobre a morte, tentando postergá-la com o uso de tecnologias. Assim, pode-se considerar que o tema morte passou por evoluções históricas, sociais e culturais; passou pelos lugares de veneração e temor; já foi escondida e declarada, tudo em função do momento em que vivia a humanidade. Nesta perspectiva é que a morte passou a ser uma condição que, dentro da sociedade abriu caminhos para a disseminação de muitas crenças e costumes religiosos que vinham com o intuito de proteger um segmento da humanidade. (ARIÉS 1977)

Para tanto, pensar em como enfrentar o assunto ainda é um exercício difícil, mas possível de ser enfrentado. Especialmente os profissionais da saúde, precisam trabalhar o tema para melhorar o seu relacionamento e tratamento com pacientes que vivenciam a eminência de morte.

Há possibilidades de mudanças de atitudes frente a morte do outro, mas para isso é necessário o exercício de se pensar na morte como uma ocorrência certa na vida de todos.



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

A morte é um acontecimento que não permite, para a maioria dos seres humanos, outra reação a não ser o desespero, o que pode alterar a estrutura emocional e física das pessoas em geral e, em especial, dos trabalhadores da saúde. Assim, é possível que falar sobre a morte, permitir-se falar sobre a sua própria morte como ser evolutivo seja um instrumento essencial neste processo. (KUBLER ROSS, 2002)

Enfrentando a iminência da morte na prática profissional

Pelos profissionais da saúde, a aproximação com os fatos do nascimento e morte são fatos que perpassa por sua prática, sendo assim, as vivências mais traumáticas da vida do ser humano são pertencentes a sua rotina. Esses dois episódios são agressivos e fortes e servem para delimitar o intervalo de tempo que durará a vida do sujeito. Com a profissionalização do cuidado, os profissionais da saúde assumem essa missão, ou seja, tem o poder sobre a vida e a morte das pessoas, papel antes restrito as divindades. Nesse contexto, o dever é de salvar vidas, e quando acontece o contrário, surge o sentimento de fracasso e derrota no profissional. (LAGO e CODO, 2010)

No livro *A Morte de Ivan Ilitch*, de Leon Tolstoi (2002)²³, o autor apresenta como ocorria a prática dos profissionais da saúde, em meados do século XIX. No conto estão representados as dificuldades enfrentadas por um médico que passa pelo enfrentamento da morte do seu paciente, ressaltando o quanto é obscura a maneira de se lidar com a morte e com a má notícia, em anunciar e vivenciar a terminalidade de um ser humano.

Neste conto também é possível notar a rotina insuportável de um moribundo que, mesmo sabendo de sua iminência de morte, não tem a si revelado pelo médico a gravidade de sua doença. Nesta situação, o médico é temeroso em lidar com a situação de morte, o que é percebido também nos dias atuais em alguns profissionais da área da saúde. Os mesmos tem receio de lidar com a morte dos pacientes, especialmente quando a mesma começa a ser visualizada através da materialidade no corpo do doente.

Nas situações em que é possível observar a existência desta, há a expressão dos sentimentos de desamparos e solidão para com o paciente. (CECILIO, 2009) Essas

²³ Conto que retrata o processo a enfermidade de um Juiz que vivia na Rússia, na metade do Século XIX, fala sobre o processo de adoecer, os sentimentos de um paciente terminal, as dificuldades enfrentadas pelo mesmo em perceber a proximidade da morte e a impotência do medico em lidar com a terminalidade de seu paciente.



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

emoções são manifestadas justamente pelos profissionais de saúde que deveriam estar preparados para confortar o moribundo e não ocultar a iminência da morte ou tentar demonstrar onipotência diante do fato. E esta sensação de onipotência é, possivelmente, um dos fatores que dificulta que os profissionais de saúde lidem com a morte e o morrer de forma natural, inerente a natureza humana.

Antigamente, a morte acontecia nos domicílios e quem precisava dar conta de tudo isso eram os familiares. Hoje, pode-se dizer que a morte ocorre de forma escondida nos hospitais, UTIs, e é vivenciada e administrada pelos profissionais da saúde. E assim, os mesmos acabam por se tornar coadjuvantes destas cenas de que, muitas vezes não foram ensaiados e nem avisados sobre o quanto difícil seria esse papel. (PITTA, 1999)

Portanto, a abordagem utilizada para explicar a morte foi se deslocando para um novo lugar que não mais apenas o de mito, mas sim, passou gradativamente, a ser encarada como um fato “controlável” uma vez que em tempos atuais, a tecnologia pode contribuir para tal, tanto a favor, como contra. A saber, o novo lugar que a morte ocupa está relacionado à nova forma que esta é encarada pela sociedade. Na idade média, a morte estava locada nas salas das residências e era acompanhada pelos familiares de um moribundo desde os seus primeiros indícios de iminência até a efetiva morte. Hoje, no período contemporâneo, a morte está sendo acompanhada e sendo vista em hospitais. E por este motivo é possível encontrar pacientes em uma posição passiva e familiares incumbindo as tecnologias hospitalares e aos profissionais da saúde, a missão de cuidar e lidar de frente com a morte de seu familiar. (PITTA, 1999)

Tanto para os profissionais da saúde como para os familiares, existe um sentimento acentuado de culpa referente a morte de alguém, o que pode fazer com que esses não consigam falar abertamente com o moribundo sobre esse assunto e justifiquem essa atitude pelo receio de magoar o doente. Aqui se evidencia um sentimento de fuga por parte destes, o que mostra o quanto ainda é difícil falar e vivenciar a proximidade da morte. (HENNEZEL & LELOUP, 1999)

Nos ambientes hospitalares, em especial os profissionais de saúde, apresentam a dificuldade de falar sobre a morte, pois é neste novo lugar que a morte está inserida, devido muitos investimentos tecnológicos e evoluções sociais. Hoje, está cada vez mais raro encontrar os moribundos em suas casas, a espera da boa morte, pois os hospitais estão tratando de um prolongamento de vida, ou adiamento da morte por meio das tecnologias.



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Para tanto, essa efetiva mudança de lócus, a qual levou o paciente para onde a morte poderia ser “melhor assistida”, o leva para um local onde não tem espaço e oportunidade para falar sobre seus medos e sentimentos sobre o morrer. Para tanto, caberia aos profissionais da saúde não apenas conhecer e reconhecer as fases em que os pacientes em iminência de morte passam, mas sim também permitir o espaço de escuta para o mesmo. O que se preconiza é que o paciente deve ser ouvido pela equipe acerca dos seus medos e sentimentos. (KUBLER- ROSS, 2002),

Porém, os sentimentos de constrangimento por parte das equipes de saúde em falar declaradamente sobre a morte, ainda é grande. Atos silenciosos frente a ocorrência de um falecimento no ambiente hospitalar ainda é muito comum, uma vez que por segurança, tudo o que refere à morte ainda é colocado em um lugar de exclusão, e, preferencialmente, em um local onde não se pode ver, sentir ou pensar sobre ela. (QUINTANA et al 2006)

O enfermeiro durante seu curso de graduação, é ensinado sobre como salvar vidas mas, às vezes, apesar de seus esforços, isso não ocorre e gera sofrimento nesse profissional. (MARTINS, ROBAZZI e BOBORFF, 2010) Os médicos também sofrem com essas perdas, o que é reforçado pela sociedade que fortalece a onipotência devido aos progressos e avanços tecnológicos alcançados. (HENNEZEL & LELOUP, 1999)

As equipes que lidam com pacientes terminais vivenciam uma situação difícil e por mais que essa situação faça parte da sua prática profissional, gera um desconforto e dificuldades para se comunicar com o paciente e vivenciar esta condição. Por isso, é necessário realizar um trabalho com as equipes de saúde que atendem pacientes terminais. Um instrumento importante seria estimular que tivessem momentos para reflexão e compreensão sobre seus sentimentos, suscitados perante a iminência e situação de morte e morrer. (QUINTANA et al 2006).

MÉTODO

O trabalho foi realizado a partir de uma demanda da disciplina de Tanatologia do Mestrado em Psicologia na Universidade Federal de Santa Maria. Trata-se de um estudo a partir de uma revisão bibliográfica referente aos estudos sobre a morte e, especialmente, sobre como os profissionais da saúde lidam com a mesma.



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

O estudo bibliográfico se refere a uma elaboração teórico-reflexiva com base em materiais científicos publicados, sendo que neste caso englobou a utilização de textos básicos da disciplina, bem como materiais complementares para aprofundamento das informações levantadas. (GIL, 2010) A busca de material se deu em artigos científicos, dissertações, teses, monografias e livros disponibilizados no programa da disciplina, nas fontes online e acervo físico da biblioteca setorial da Universidade Federal de Santa Maria.

Foi utilizada a abordagem qualitativa para compreensão e análise das informações. Considera-se que a abordagem descritiva busca o conhecimento de determinadas informações, de forma a descrever com precisão os fatos e fenômenos de específica realidade, preocupada em atingir o aprofundamento da compreensão de um grupo social, de uma organização através de significados. (GIL, 2010)

RESULTADOS E DISCUSSÕES

A morte fora um acontecimento natural, no período medieval, em que a associação entre doença e morte era uma lógica da natureza. Ambas eram vistas e tratadas pelo adoentado e familiares como algo rotineiro, uma vez que, quando um membro da família adoecia, a casa se preparava para sua morte. O tratamento ou acompanhamento era feito na própria casa do doente terminal e o paciente não precisava esconder seus sentimentos de angústia, medo e anseios, tendo espaço para se preparar, junto com a família para a chegada de sua morte.

Porém, nos dias atuais, em um mundo de tecnologias e rápida circulação de informações, se enfrenta o silêncio no que se refere a falar de morte. As equipes de saúde tratam os enfermos de forma evitar a sua exposição frente a fragilidade que a ocorrência ou proximidade da morte causa no homem. Com o avanço da medicina, veio o medo de falar e lidar com os sentimentos que a doença e a morte causam. (PITTA, 1999)

Em termos práticos, se vê uma reação defensiva dos profissionais de saúde, de forma a silenciar frente à fragilidade humana e a iminência de morte. Dessa forma, pode-se considerar que a dificuldade de lidar com a morte na área da saúde, possa ter surgido de uma sociedade que demandou aos profissionais desta área a missão de salvar vidas. Na verdade, todos esperam conseguir através de conhecimentos técnicos e de tecnologias avançadas, uma forma de evitar a morte do outro.



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

As consequências na equipe de trabalho, frente às situações de morte, são a sensação de fracasso e a confirmação da sua não onipotência profissional, o que retira o profissional do lugar de curar o doente e combater a morte. (QUINTANA et al, 2006) Para Kovacs (2003) uma forma de intervir neste processo seria incluir na formação dos profissionais da saúde, espaços para discussões e reflexões a respeito da morte na prática profissional, para que se permitisse espaço de escuta e a humanização da saúde.

CONCLUSÃO

Compreende-se que falar sobre a morte e vivenciá-la na prática profissional, é muito difícil ainda. Os estudos de tanatologia, assim como os que se preocupam com a saúde do trabalhador frente esta situação, apontam a importância de se implementar discussões e reflexões sobre a morte e o morrer nos ambientes hospitalares.

O silêncio e a esquivança em se pensar e falar sobre a morte é uma ação corporativa e coletiva na área da saúde. Estes funcionam como estratégias defensivas, pois até o momento esta é uma das formas encontradas para lidar com os medos e angústias frente a terminalidade de uma vida. Assim, constatamos o quanto o espaço para se falar e pensar sobre a morte em lugares de formação e atuação dos profissionais de saúde ainda está vazio, e o que há é um silêncio sobre o falar de morte ou sobre a morte.

Algumas sugestões para tentar mudar essa realidade seriam: rever as grades dos cursos de formação; incentivar mais pesquisas e publicações sobre esse tema e promover atividades de promoção à saúde para os profissionais da saúde. Essas situações podem transformar a maneira destes profissionais encararem a morte, de forma processual. Neste sentido, é possível que os pacientes possam ser estimulados a demonstrarem seus sentimentos e encontrar o apoio necessário para “uma boa morte”, quanto o profissional diminua seu sofrimento na rotina de trabalho.

REFERÊNCIAS

ARIÉS, Philippe (1977). *História da Morte no Ocidente: da Idade Média aos nossos dias*. Rio de Janeiro: Francisco Alves.



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

- CECILIO, L.C.O. (2009) A morte de Ivan Ilyich, by Leo Tolstoy: pontos a considerar as múltiplas dimensões da gestão de saúde. *Interface – Comunicação e Saúde*, 13(supl.1), 545-555.
- CHIAVENATO, Julio José (1998). *A morte: uma abordagem Sociocultural*. São Paulo: Ed. Moderna.
- CODO, Wanderlei (2006). *Por uma psicologia do trabalho: ensaios recolhidos*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- DEJOURS, C. (1992). *A loucura do trabalho: estudos de psicopatologia do trabalho*. São Paulo: Cortez.
- GIL, Antônio Carlos (2010). *Como elaborar projetos de pesquisa*. 4ed. Editora Atlas: São Paulo.
- HENNEZEL, Marie de; LELOUP, Jean-Yves (1999). *A Arte de Morrer: tradições religiosas e espiritualidade humanista diante da morte na atualidade*. Tradução de Guilherme João de Freitas Teixeira. Petrópolis: Vozes.
- LAGO, Kennyston; CODO, Wanderley (2010). *Fadiga por Compaixão: o sofrimento dos profissionais em saúde*. Petrópolis, RJ: Vozes.
- KOVACS, Maria Julia (2003). *Educação para a Morte: temas e reflexões*. São Paulo: Casa do Psicólogo: FAPESP.
- KUBLER ROSS, Elizabeth (1981). *Sobre a morte o morrer*. São Paulo: Martins Fontes.
- MARTINS J.T., ROBAZZI M.L.C.C., BOBROFF M.C.C. (2010) Prazer e sofrimento no trabalho da equipe de enfermagem: reflexão à luz da psicodinâmica Dejouriana [Versão eletrônica]. *Rev Esc Enferm* 44(4), 1107-1111.
- NEHMY, Rosa Maria Quadros; DIAS, Elizabeth Costa, (2010). Os caminhos da Saúde do Trabalhador: para onde apontam os sinais? [Versão eletrônica] *Rev Med Minas Gerais* 20(2 Supl 2), 13-23.
- MENEZES, Rachel Aisengart (2004). *Em busca da boa morte: Antropologia dos Cuidados Paliativos*. Rio de Janeiro: Garamond: FIOCRUZ.
- PITTA, Ana (1999). *Hospital: Dor e Morte como ofício*. São Paulo: Huctitec.
- QUINTANA, Alberto; KEGLER, Paula, SANTOS, Maúcha Sifuentes; LIMA, Luciana (2006). Sentimentos e percepções da equipe de saúde frente ao paciente terminal. *Paidéia*, 16(35), 415-425.
- TOLSTOI, Leon (2002). *A morte de Ivan Ilitch*. Porto Alegre : L& PM.



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

O olhar da Psicologia frente ao acolhimento em locais de atendimento de saúde

Bruna Brandt de Oliveira ¹

Fernanda Real Dotto

¹ Centro Universitário Franciscano (UNIFRA)

RESUMO

O presente trabalho foi desenvolvido a partir de reflexões acerca da prática do estágio curricular de uma acadêmica do nono semestre do Curso de Psicologia do Centro Universitário Franciscano (UNIFRA). As atividades foram realizadas durante o período de oito meses no Ambulatório de um Hospital Municipal de Santa Maria (RS). O trabalho caracteriza-se por uma revisão de literatura que busca discutir questões vinculadas à prática do acolhimento de pacientes em locais que prestam auxílio à prevenção, reabilitação e tratamento a saúde, considerando-se a atuação profissional voltada ao social, à interatividade e coletividade. Além disso, ressalta-se a importância da inter-relação entre os profissionais que atuam nos locais de saúde e os usuários, enfatizando-se a produção de vínculos, criação de laços de compromisso e a corresponsabilidade, tanto dos usuários, como dos profissionais. Portanto, a partir da prática de estágio, pode-se perceber que a Psicologia vem ocupando um lugar ativo nas práticas dentro dos locais de atendimento de saúde, possibilitando a discussão intensa das ações desenvolvidas pelos profissionais nestes locais.

Palavras-chaves: Psicologia; Acolhimento; Pacientes.

INTRODUÇÃO

Os profissionais que atuam na área da saúde trabalham de forma a visar à recuperação, prevenção e promoção da saúde. Essa produção poderá se realizar através da relação entre indivíduos, entre uma família e uma equipe de saúde, entre uma população e seu sistema público de saúde. Idealmente, os profissionais que atuam nestes locais têm o



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

dever de promover a vida, através de uma relação saudável das pessoas com o meio-ambiente e com outras espécies. Porém, seu ofício ainda inclui a capacidade de lidar cotidianamente com a dor, o medo e a morte, com o delicado trabalho pela recuperação da saúde, pelo ensinamento de conviver com limitações e seqüelas, oferecendo o amparo necessário. Além disso, os profissionais que estão inseridos no serviço público fazem parte de um sistema, que possui regras e limitações operacionais, administrativas e tecnológicas. Mesmo existindo no Brasil um sistema público de saúde que apresenta como princípios a universalidade, a equidade e a integralidade, na prática ainda trazem graves desigualdades no acesso e limitações impostas pela quantidade de recursos disponíveis.

O acolhimento, especialmente nos Hospitais, configura-se como um conjunto de atitudes que permeiam todo o processo de trabalho e a relação que se estabelece no encontro de produção da saúde. Então, acolher significa recepcionar, receber e, além disso, aceitar o outro como sujeito de direitos e desejos e como co-responsável pela produção da saúde, tanto na perspectiva da atenção individual como do ponto de vista coletivo. O que envolve relações e competências profissionais complementares, bem como condições ambientais biofísicas e psicossociais favoráveis. O acolhimento, nessa perspectiva, é considerado como um processo contínuo e não apenas a etapa do atendimento que se dá nas portas dos serviços, embora esse primeiro momento do encontro seja estratégico para toda a relação. Por permear todos os momentos da atenção à saúde, o processo de acolhimento deve buscar o envolvimento de toda equipe.

O referido trabalho traz como objetivo problematizar e discutir a prática do acolhimento em instituições que prestam atendimento a saúde a partir do olhar de uma acadêmica do curso de Psicologia. Além disso, esse trabalho busca contribuir para ratificar o debate. Tendo como metodologia uma revisão de literatura guiada a partir da prática de estágio em um hospital municipal.

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O presente trabalho propõe realizar uma revisão de literatura que busca discutir questões que estejam vinculadas ao exercício do acolhimento em locais de saúde, pois a prática de acolher pode ser vista como uma estratégia de qualificação do encontro entre



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

profissionais de saúde e usuários, entre o sistema de saúde e a comunidade. Sendo que, os termos profissionais de saúde referenciados no relato dizem respeito aos enfermeiros, fisioterapeutas, médicos, nutricionistas, psicólogos. Deste modo, esta reflexão é fruto da experiência da prática de estágio realizada por uma acadêmica do curso de Psicologia do Centro Universitário Franciscano (UNIFRA) no Ambulatório de um Hospital Municipal de Santa Maria/RS.

O Olhar da Psicologia Acerca da Prática do Acolhimento

Ao se refletir acerca da saúde pode-se perceber que a mesma se faz com pessoas e entre pessoas, através da mediação das tecnologias geradas pela ciência e pelo conhecimento popular. Assim, trata-se de uma relação humana entre sujeitos, com suas potencialidades, limites e saberes. Porém, nem sempre os profissionais de saúde consideram o conhecimento popular como um conhecimento passível de contribuir para a compreensão da situação das pessoas que estão sendo atendidas, pelo contrário, tende, no geral, a desqualificá-lo ou ignorá-lo, gerando assim um discurso de autoridade por parte deste que é considerado como o detentor do saber absoluto a respeito da condição do paciente. Observa-se a partir da prática de estágio que no serviço público essa dificuldade de compreensão ainda tende a ser maior em função das desigualdades, das condições sociais e de escolaridade entre as partes envolvidas (INOJOS, 2005).

Dentre as diretrizes que compõem a Política Nacional de Humanização (PNH) do Sistema Único de Saúde (SUS) menciona-se a prática do acolhimento, que pode ser definido como uma postura ética que implicaria na escuta do usuário em suas queixas, no reconhecimento do seu protagonismo no processo de saúde e adoecimento, e na sua responsabilização pela resolução, a partir da ativação de redes de compartilhamento de saberes. Sendo que este não necessita de um local ou momento certo para acontecer, nem tampouco um profissional específico para fazê-lo. Deste modo, acolher pode ser definido como um compromisso de resposta às necessidades dos cidadãos que procuram os serviços de saúde (BRASIL, 2006).

O processo de acolhimento pode ser considerado como a possibilidade de se estabelecerem relações existentes entre os trabalhadores-usuários que ocorrem nos serviços de saúde, para o qual se dirigem os mais fortes desejos de integração. Sendo necessário que



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

se agregue a voz do outro nesse processo, superando assim o monopólio do diagnóstico dos profissionais da área da saúde. Possibilitando que o diálogo seja algo primordial, onde se trabalha com o objeto relacional, partilhado por todos os atores presentes. O acolhimento, então, traria a possibilidade de arguir sobre o processo de produção da relação usuário-serviço sob o olhar da acessibilidade. Além disso, o processo de acolhimento pode possibilitar o estabelecimento de vínculos, baseados na produção de novas dinâmicas, sendo uma oportunidade de se modificar o serviço para uma forma de atuação que possibilita um diálogo entre todos os profissionais da saúde não se centrando apenas no conhecimento médico (TEIXEIRA, 2005; MERHY, 2004).

O acolhimento pode ser pensado como uma maneira de se operar os processos de trabalho em saúde de forma a atender a todos que procuram atendimentos nestes locais, possibilitando uma escuta de seus pedidos e assumindo no serviço uma postura capaz de acolher, escutar e dar respostas mais adequadas aos usuários. Assim exigindo que os profissionais prestem um atendimento com resolutividade e responsabilidade, orientando, quando for o caso, o paciente e a sua família em relação a outros serviços de saúde para que ocorra uma continuidade da assistência. Portanto, uma postura acolhedora implicaria ainda uma atenção à diversidade cultural, racial e étnica da população a ser atendida, pois desta maneira poderia estabelecer-se articulações que buscam garantir a eficácia do atendimento.

Nesta perspectiva, os acolhimentos individuais e coletivos, tornam-se, então, complementares na escuta qualificada de necessidades de saúde, sendo que o acolhimento coletivo não pode ser considerado um processo de triagem, pois extrapola a classificação de riscos que determinam a sequência de ações em prol da recuperação da saúde. Como também não deve ser considerado como uma sala de espera ou uma pré-consulta, pois se caracteriza como um espaço de encontro onde o conhecimento circula e não somente é transmitido dos “sabidos” para os “ignorantes”, sendo possível a integração de trabalhadores e usuários para a construção de projetos terapêuticos individuais e coletivos considerando expectativas, referências teóricas, desejos, sentimentos e experiências (CAVALCANTE FILHO ET AL. 2009).

Ao se refletir acerca da atuação do Psicólogo nos espaços de saúde observa-se que a prática do acolhimento pode ser considerada como uma proposta de organização do processo de trabalho da equipe de saúde que se faz inovadora. O processo de acolhimento



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

pode ser visualizado como um espaço de integração entre, os usuários e trabalhadores da saúde. O diálogo horizontal com os usuários e a relevância dada às suas aptidões e desejos traz à unidade de saúde um perfil de espaço terapêutico e de cuidado integral a saúde, proporcionando, também, maior aproximação do profissional ao modelo de viver e sentir as necessidades trazidas ao espaço pela população (CAVALCANTE FILHO ET AL., 2009; MERHY 2004).

Durante o desenvolvimento da prática de estágio verificou-se que alguns usuários demonstraram empatia pelo fato de estarem recebendo uma escuta diferenciada, que não estivesse apenas centrada no corpo físico ou nos sintomas das enfermidades. Este olhar e escuta diferenciada possibilitou a construção de um espaço onde existisse a possibilidade de se desenvolver uma intervenção terapêutica, porém isto não significa uma garantia de que este processo ocorrerá. No entanto, a escuta pode autorizar os pacientes a se expressarem, diminuindo assim seu sofrimento, demonstrando que, às vezes, basta o sentimento de sentir-se acolhido para poder tornar aquele momento de espera ou de internação menos doloroso.

A prática do acolhimento destina-se a garantir a universalidade da escuta qualificada a todas as pessoas que buscam o atendimento nos locais de saúde. Do mesmo modo, que ainda pode servir como dispositivo para ampliação da acessibilidade aos serviços de saúde, surgindo como possibilidade de se estruturar o processo de trabalho centrado nas necessidades de saúde, com potencial instituinte de novas formas de produzir cuidado. Do mesmo modo, que pode ser visto como espaço de integração da voz do usuário na construção de projetos terapêuticos, e como integração dos profissionais e seus saberes na busca de cuidados dispensados a população em uma perspectiva interdisciplinar. A participação de profissionais e estagiários de Psicologia nas discussões de estudos de caso, ou em grupos com pacientes pode possibilitar que os demais profissionais da saúde reflitam acerca de seus papéis, pois a escuta e o acolhimento do paciente não seria uma atividade específica da Psicologia e sim de todos os profissionais que atuam na área da saúde (CAVALCANTE FILHO ET AL., 2009).

CONSIDERAÇÕES FINAIS



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Em suma, a partir da prática de estágio no Ambulatório do Hospital Municipal de Santa Maria (RS), pode-se perceber que a Psicologia vem ocupando um lugar ativo nas práticas dentro dos locais de atendimento de saúde. Além disso, vem criando a possibilidade de discutir ativamente as ações que estão sendo desenvolvidas pelos profissionais nestes locais. Contudo, observa-se que ainda é necessário investimentos na formação profissional na área da saúde, para que seja trabalhada, cada vez mais, a questão do vínculo com o usuário e da relação entre sujeito, já que se observa que a ênfase ainda é na doença, baseado em uma visão de administração de conserto mecânico, sem considerar o sujeito na sua complexidade e integralidade.

A partir da reflexão que se realiza no transcorrer desse artigo observa-se que a ação de escutar pode ser considerada como princípio e requisito para que se comece uma relação acolhedora nos ambientes de saúde. No entanto, escutar ainda parece ser uma dificuldade dos profissionais da saúde, pois o que é escutado não deve se restringir aos sintomas ou informações sobre agravos da saúde e doença física, exigindo mais do que os conhecimentos específicos sobre determinadas doenças ou riscos. Neste sentido, o atendimento dos profissionais da saúde deveria ser focado em um novo modelo para a atenção básica, contemplando a valorização da relação entre usuário e profissional/equipe e uma relação interdisciplinar dos profissionais da equipe. Entretanto, não basta discutir os pontos positivos e negativos da situação, é necessário pensar em atitudes que venham a melhorar as práticas, com objetivo de qualificar ainda mais a assistência à população.

REFERÊNCIAS

- Brasil (2006). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. ed. – Brasília.
- Cavalcante Filho, J. B. et al. (2009, Out./ Dez.). Acolhimento Coletivo: um desafio instituinte de novas formas de produzir o cuidado. Interface - Comunicação, saúde, educação. V. 13, n. 31. p. 315-28.



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

- Inojosa, R. M. (2005, oct.). Acolhimento: a qualificação do encontro entre profissionais de saúde e usuários. *X Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública*, Santiago, Chile.
- Merhi, E. E. (2004). *O Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano* (2a. ed.). São Paulo: Hucitec.
- Teixeira, R. R. (2005). O Acolhimento num Serviço de Saúde Entendido como uma Rede Conversações. In: Pinheiro, R.; Mattos, R (Orgs). *Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde* (3a. ed.). Rio de Janeiro: IMS/ UERJ/ Abrasco.





III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

O olhar da Psicologia junto ao Programa da Criança: um projeto de intervenção precoce na infância

Rafaela Quintana Marchesan¹

Edinara Zanatta¹

Pedro Henrique Bernardi¹

Juliana Cantele¹

Dorian Mônica Arpini¹

¹ Universidade Federal de Santa Maria (UFSM)

RESUMO

Este projeto de extensão visa observar a relação entre crianças, de zero a cinco anos, e suas mães, ou quem cumpra a função materna, nos atendimentos realizados pelo Programa da Criança em uma unidade básica de atenção à saúde, com o intuito de detectar possíveis riscos ao desenvolvimento infantil de modo precoce. Utiliza-se a técnica de observação e, caso sejam identificados riscos ao desenvolvimento, são utilizados outros recursos técnicos, que podem incluir entrevistas e orientações aos familiares e encaminhamentos à rede de Santa Maria. Além disso, na faixa de zero a dezoito meses, a observação, assim como as entrevistas realizadas com as mães, tem por base o instrumento chamado Indicadores Clínicos de Risco ao Desenvolvimento Infantil (IRDI). Neste sentido, o projeto se justifica pelos seus fins de estudo e intervenção, além de estar aliado a uma preocupação atual em promover saúde, focando no período inicial do desenvolvimento por entender que este é a base para um crescimento saudável. Os resultados obtidos até o momento apontam para algumas dificuldades práticas, tais como não comparecimento de alguns usuários na data agendada, especialmente na primeira consulta; tempo de duração dos encontros insuficiente, tendo em vista os atrasos e os diferentes saberes que buscam contribuir no atendimento e, ainda, dificuldades na utilização do instrumento anteriormente citado. Entretanto, acredita-se que o objetivo maior de oferecer um espaço que possibilite o fortalecimento dos vínculos entre a díade mãe-criança e, assim, melhorias no bem estar de ambas está sendo alcançado.



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Palavras-chave: indicadores de risco; relação mãe-bebê; promoção de saúde.

INTRODUÇÃO

Baseados no relatório da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2001) e em outros estudos, Kupfer e cols. (2009) expõem que os transtornos mentais são comuns na infância e adolescência, porém o diagnóstico e o tratamento são insuficientes. Mesmo sendo problemas relevantes para o desenvolvimento das crianças, não recebem atenção adequada e suficiente das políticas públicas, o que acaba deixando um grande número de crianças sem assistência adequada. Com isto em vista, este projeto realiza o acompanhamento da relação entre crianças - de zero a cinco anos - e suas mães, ou quem desempenhe a função materna, nos atendimentos realizados pelo Programa da Criança em uma unidade básica de atenção à saúde, com o intuito de detectar, encaminhar e tratar possíveis riscos ao desenvolvimento infantil de modo precoce. A ação extensionista é realizada por alunos de graduação e pós-graduação do curso de Psicologia da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), em conjunto com profissionais e alunos da área de Enfermagem. O trabalho foca na prevenção primária juntamente com a promoção de saúde e a prevenção de doenças, visto que há a possibilidade de haver a detecção precoce de possíveis riscos, além do olhar sobre o bem estar das crianças, centrando-se, assim, na fase inicial do desenvolvimento por entender que constitui a base de um crescimento satisfatório.

Nesse sentido, desenvolvem-se ações com foco nas relações familiares, buscando encaminhar as situações em que se identifique algum risco ao desenvolvimento. O projeto também promove ações interdisciplinares envolvendo diferentes olhares sobre o desenvolvimento infantil e as relações familiares e observa se na relação entre mãe e criança estão presentes aspectos que indiquem riscos ao desenvolvimento infantil, valendo-se para tanto dos Indicadores Clínicos de Risco ao Desenvolvimento Infantil (IRDI) para as crianças de zero a dezoito meses. Assim, caso haja a ausência de algum IRDI, pode-se suspeitar que algo não está bem, buscando-se, assim, intervir precocemente sobre esse aspecto, a fim de orientar a mãe sobre sua maternagem.

De acordo com Winnicott (1983), toda criança tem um potencial herdado no sentido do crescimento e do desenvolvimento, o que faz com que as condições favoráveis



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

ou desfavoráveis não determinem o potencial do lactente. Contudo este não é suficiente, e não garante um desenvolvimento saudável, já que o bebê só se torna um sujeito se estiver envolvido ao cuidado materno, visto que é totalmente dependente, e sem essa condição não pode começar a vir a ser. A criança começa a ser a partir de um cuidado satisfatório, proporcionado por uma mãe que provém um ambiente suficientemente bom, capaz de auxiliar o bebê a alcançar as satisfações, ansiedades e conflitos inatos a cada etapa.

No dizer de Spitz (1998), há um vetor indo da mãe para o filho, mas também há um vetor indo do filho para a mãe, havendo uma troca afetiva recíproca. A presença da mãe, inclusive sua própria existência, suscita reações no bebê, e, igualmente, a presença e existência do bebê evocam reações na mãe. Essas reações acabam por serem aprendidas, reforçadas pela “recompensa e punição”. Dessa forma, ações realizadas pelo bebê que a mãe sente como agradáveis são encorajadas, e serão facilitadas por ela, que terá uma influencia direta no desenvolvimento do bebê através das suas preferências, e “seus afetos, seu prazer, suas próprias ações, conscientes ou inconscientes, facilitam inúmeras e várias ações do filho” (SPITZ, 1998, p. 125).

MATERIAL E MÉTODO

O projeto é realizado junto a uma unidade de atenção básica da cidade de Santa Maria, denominada Unidade Sanitária Kennedy, em um dos programas realizado neste, chamado Programa da Criança, ao longo do corrente ano (2011). Utiliza-se a técnica de observação, recurso técnico importante quando se busca conhecer e compreender o desenvolvimento inicial, sobretudo os aspectos que envolvem a dinâmica relacional.

Na faixa de zero a dezoito meses, a observação está sendo norteadas pelo protocolo elaborado por Kupfer e cols. (2009) referente aos trinta e um indicadores clínicos de risco ao desenvolvimento infantil. Este período permite a identificação de riscos precoces ao desenvolvimento e, estando um ou mais ausentes, que se possam pensar formas de intervenção também precoces, na tentativa de se evitar que os riscos tornem-se problemas mais sérios.

A partir das observações, caso sejam identificados riscos para o desenvolvimento infantil, são utilizados outros recursos técnicos, quais sejam: a) entrevistas com familiares, com o intuito de se conhecer mais sobre a dinâmica e a realidade familiar; b) orientações aos familiares da criança, com o objetivo de promover relações cuidador-criança,



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

comportamentos e hábitos mais saudáveis para o desenvolvimento infantil; e c) encaminhamentos, quando houver necessidade, para outros profissionais e serviços de saúde, tais como pediatra, neurologista, Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPSi), Ambulatório de Saúde Mental, entre outros. Além disto, se forem detectados casos graves, estes serão levados para reflexão interdisciplinar nos grupos quinzenais do projeto “Detecção e Estimulação Precoces: uma Perspectiva Interdisciplinar”, dos quais participam profissionais da área da Psicologia, Fonoaudiologia, Fisioterapia e Terapia Ocupacional.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os atendimentos junto ao Programa da Criança justificam-se pelos resultados que este vêm propiciando na prevenção, promoção e, conseqüentemente, na qualidade de vida dos usuários. Os resultados obtidos até o momento com o projeto configuram-se como satisfatórios, tendo em vista que já foram detectados possíveis dificuldades na relação entre mães e seus bebês que frequentam o programa, sendo realizadas algumas orientações e intervenções.

No que se refere à situação do atendimento, as crianças geralmente comparecem acompanhadas de suas mães, sendo pouco frequente a presença dos pais ou outro familiar no programa. As ações desenvolvidas pela equipe multidisciplinar incluem orientações sobre amamentação, cuidados com a higiene da criança, acompanhamento do desenvolvimento físico (peso e medidas) e, além disso, presta-se todo o amparo em relação às angústias, medos e dúvidas que surgem do papel de ser mãe. Nesse sentido, procura-se observar como está o vínculo da díade mãe-criança – ou cuidador – e como a mãe está desempenhando o seu papel nessa relação, a fim de se entender o ambiente e a dinâmica familiar onde esta criança está inserida com o intuito de se realizar orientações mais adequadas à realidade familiar.

Quanto à frequência dos atendimentos, estes são geralmente marcados mensalmente, exceto quando se verifica a necessidade de alguma criança de retornar antecipadamente. Cabe ressaltar, ainda, que houve o não comparecimento de alguns usuários na data marcada, notadamente daquelas crianças que estariam participando do programa pela primeira vez. Desse modo, evidenciou-se que a partir do momento em que o vínculo entre a equipe e o par mãe-criança é estabelecido, tornam-se mais escassas as faltas



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

ao horário marcado, o que é reflexo da contribuição que este acompanhamento tem para o desenvolvimento saudável da criança e para minimizar os anseios da mãe. O tempo de duração dos encontros, no entanto, tem se demonstrado, por vezes, insuficiente, tendo em vista que o tempo destinado a cada criança (meia hora) é reduzido, às vezes, devido a atrasos e, ainda, levando-se em consideração as diferentes áreas que buscam dar sua contribuição.

Além disso, os extensionistas encontraram certas dificuldades na utilização do instrumento proposto por Kupfer e cols. (2009), para crianças de zero a dezoito meses. Isto se deve ao fato de que, por vezes, os indicadores que compõem o instrumento não são observados na situação do atendimento, mas, no entanto, aparecem na fala das mães, podendo assim ser detectados. Além disso, o tempo reduzido dos encontros e o fato de alguns indicadores serem de difícil visualização naquele espaço, fazem com que muitos deles sejam classificados como “não observados”.

CONCLUSÃO

O presente projeto, o qual atua junto ao Programa da Criança, ampliou o olhar sobre o desenvolvimento infantil, por meio da ação interdisciplinar que integra Enfermagem e Psicologia. Tal intervenção está atingindo seus objetivos quanto a observar e intervir junto à relação mãe-criança num período inicial do desenvolvimento, constituindo-se, portanto, enquanto uma estratégia de detecção precoce de riscos ao desenvolvimento infantil, prevenção de doenças e promoção de saúde. Assim, como fim maior, tem se obtido a melhoria da qualidade de vida e do bem-estar da população-alvo do projeto de extensão, a saber, a mãe (aqui entendida como a pessoa que exerce a função materna) e sua criança.

Desta forma, ressalta-se a importância de se realizar projetos que intervenham junto à infância com o intuito de prestar a atenção adequada às questões relacionadas ao desenvolvimento físico e emocional de crianças. Para tanto, salienta-se a necessidade de se intervir num momento precoce a fim de promover saúde e prevenir doenças junto à população-alvo. Com este intuito, destaca-se a importância de se acompanhar a relação mãe-criança (incluindo aqui demais integrantes da família que de alguma forma influenciam nessa relação), visto que os responsáveis pela criança operam enquanto



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

provedores de um ambiente saudável que atenda as demandas da criança para o bom desenvolvimento global desta. Por fim, evidencia-se ainda o trabalho interdisciplinar posto que a saúde-doença é um fenômeno multideterminado, requisitando para tanto de um olhar que envolva vários saberes que, inter-relacionados, dêem conta da complexidade de elementos e fatores que influenciam no desenvolvimento infantil.

REFERÊNCIAS

- KUPFER, M. C. M. E COLS. Valor preditivo de indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil: um estudo a partir da teoria psicanalítica. **Lat. Am. Journal of Fund. Psychopath. Online**, v. 6, n. 1, p. 48-68, 2009.
- SPITZ, R. A. **O primeiro ano de vida**. São Paulo: Martins Fontes, 1998.
- WINNICOTT, D. W. **O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983.



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

O psicólogo hospitalar, sua atuação e espaço no hospital

Anaíse Dalmolin ¹

Alberto Manuel Quintana ¹

¹ Universidade Federal de Santa Maria (UFSM)

RESUMO

O presente trabalho é fruto de uma pesquisa de caráter qualitativo feita com Psicólogos Hospitalares sobre suas visões acerca do trabalho, desafios e perspectivas nesta área de atuação. Todos os entrevistados possuíam vínculo institucional no hospital escola onde foi realizada a pesquisa, no interior do Rio Grande do Sul. O objetivo foi conhecer a percepção destes em relação a seu trabalho e atuação na equipe multiprofissional da instituição, assim como dificuldades e conquistas. Para tanto, foram realizadas entrevistas semi dirigidas com eixos norteadores. Após, foi feita análise de conteúdo, onde foram encontrados resultados divididos em cinco categorias que emergiram da fala dos entrevistados: atribuições do psicólogo hospitalar; preparo acadêmico e escolha pelo hospital; relação com a equipe, conquista do espaço; e relação com frustrações e a escolha por não realizar entrevista. Chegou-se a dados que evidenciam a ausência de coletividade na prática dos psicólogos hospitalares em função de reduzido número de profissionais atuantes, pouco preparo acadêmico para esta atuação e dificuldades de inserção destes no contexto hospitalar, sendo a inserção na equipe multiprofissional a menor das dificuldades.

Palavras-chave: Psicologia Hospitalar, Equipe Multidisciplinar; Instituição

INTRODUÇÃO

Partindo da reflexão sobre a prática mais tradicional dos psicólogos, a clínica, notou-se que essa atendia a pouca parcela da população, por ser um método de custo elevado para muitos pacientes. Isso gerou uma “crise na Psicologia”, a partir da discrepância entre as propostas terapêuticas e a realidade do Brasil. A prática profissional



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

passou a ser questionada no que tange à eficácia e adequação da Psicologia frente às questões de ordem social (CASTRO & BORNHOLDT, 2004). Neste contexto de mudanças, o hospital passa a ser uma opção de local de atuação para uma categoria que viu seu campo de trabalho ampliado (MAIA, SILVA, MARTINS & SEBASTIANI, 2005).

Este espaço teve sua criação facilitada, pois, ao longo dos anos, os conceitos de saúde, assim como as formas de atendimentos na área, passaram por diversas transformações. No hospital, os atendimentos têm se caracterizado tanto pelas interações entre as diversas especialidades quanto pelo trabalho em equipes multidisciplinares (TONETTO & GOMES, 2007). Concomitantemente, houve “uma evolução do saber médico: ao paciente não é mais reservada somente a paciência, o passivo. É preciso que ele coparticipe para atingir qualidade de vida, ao invés de quantidade de vida” (ROMANO, 1999, pag. 30). Assim, a participação da psicologia nos hospitais passa a ter o espaço necessário para começar a se instalar nestes ambientes.

Assim, abriu-se espaço para a criação de uma nova área de atuação na psicologia, denominada Psicologia Hospitalar. Para sua definição recorreremos às palavras de outro estudo (Costa; Barbosa; Francisco; Estanislau; Wanderley; Bastos & Moraes, 2004): “a denominação Psicologia Hospitalar ultrapassa a conotação de um mero lugar de atuação e passa a ser visto como um campo de conhecimento que ainda vem sendo definido e dimensionado”.

METODOLOGIA

Para a realização da pesquisa foram convidados todos os profissionais que trabalham como psicólogos hospitalares e que possuíam vínculo empregatício em um Hospital escola do interior do Rio Grande do Sul. O contato foi feito através do hospital. As entrevistas foram marcadas em dias e horários escolhidos por eles e no próprio local de atuação.

A metodologia eleita para a coleta de dados foi clínico-qualitativo (TURATO, 2005; TURATO, FONTANALLA & CAMPOS, 2006), com entrevistas semi dirigidas com eixos norteadores (MINAYO, 2007). Para interpretação dos dados foi escolhida a metodologia de análise de conteúdo proposta por Bardin (1977).



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Todas as entrevistas foram gravadas em áudio com consentimento do entrevistado. Fez-se posteriormente a transcrição delas para que pudesse ser feita a análise. Além disso, a todos os entrevistados foi apresentado e entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Através da análise das entrevistas foi possível chegar a cinco categorias: atribuições do psicólogo hospitalar; preparo acadêmico e escolha pelo hospital; relação com a equipe, conquista do espaço; relato de ausência de frustrações; a escolha por não realizar entrevista. Nomearam-se os participantes pelos pseudônimos de Psicólogo A, Psicólogo B e Psicólogo C para preservar a identidade dos mesmos em função do sigilo confiado no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Seguem-se os resultados categorizados.

Atribuições do Psicólogo Hospitalar

Conforme já comentado, o conceito de Psicólogo Hospitalar, segundo Rudinick (2007) é do profissional que está direcionado à promoção e manutenção da saúde física e emocional. Um dos seus principais objetivos é buscar a minimização do sofrimento, tanto do paciente quanto sua família, decorrente do binômio doença-hospitalização que estão vivendo (Costa *et al*, 2009). Estas funções foram confirmadas e complementadas pelas falas das entrevistadas, conforme segue.

São atribuições do psicólogo hospitalar, né. Assistência (...) ao paciente e ao familiar acompanhante, ou a outro familiar, né, a equipe, né, promovendo suporte pra essa equipe, conhecendo, né, ã, que eles possam ta conhecendo um pouco mais desse paciente, né, pra cuidar desse paciente, dos aspectos emocionais, de como ta lidando com eles (Psicóloga B).

A psicologia hospitalar trabalha com o foco. Então o foco qual é? A doença. Então a demanda ela vai ser criada ou não em função da doença ou do processo de hospitalização. (Psicóloga A).

Percebe-se também a delimitação na atuação com o foco no processo de doença e a atendimentos focais relacionados a ele. Romano (1999) confirma esta visão ao dizer que



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

independente de linha teórica adotada pelo psicólogo, o que caracteriza ser ele hospitalar são os beneficiados com o atendimento – no caso, os pacientes da instituição hospitalar onde este profissional trabalha.

Preparo acadêmico e escolha pelo hospital

Encontrou-se no relato dos entrevistados uma formação acadêmica frágil voltada ao hospital. Apenas uma das entrevistadas possuía formação em psicologia hospitalar anterior ao início de atuação em hospital. As demais buscaram esta formação após ingresso no hospital, por escolha não direta.

Senti falta, assim, de... de... formação, assim mesmo, de atuar nesse campo de estágio. (...) Então depois de formada eu fui atrás de uma pós, né, que eu tive em Psicologia hospitalar (Psicóloga B).

Na minha época o concurso era pra Universidade Federal. Mas até aí a gente não sabia, dependendo da classificação pegava, né, escolhia, como o primeiro a ser chamado, mas até aí eu não sabia de nada. Então na verdade não foi uma opção, né (Psicóloga A).

Os depoimentos coincidem com publicações como a de Angerami-Camon que já evidenciava esse problema ao comentar a falha teórica para atuação hospitalar em função de a própria formação acadêmica ser sedimentada e focada em outros modelos de atuação, como a clínica tradicional individual. A preocupação com a inclusão da prática hospitalar é ainda recente pelos programas acadêmicos em psicologia (Angerami-Camon, 2010).

Embora o hospital surgisse como alternativa de campo de trabalho, pouco se oferece de vagas para a atuação nele, como nos explica uma entrevistada:

A carência de pessoal aqui é muito grande. Então teria necessidade de um profissional por clínica (...) quando é obrigatório, por uma portaria ou por lei, daí tem que colocar alguém. Mas quando não é obrigatório aí não existe essa percepção de que é importante (Psicóloga C).

As falas vem de encontro ao que diz Ismael (2005). Apesar do aumento do número de profissionais psicólogos no hospital, algumas dificuldades ainda são recorrentes. Uma delas é a própria inserção do Psicólogo nas instituições e como ela se dá. Outra,



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

concomitante, é a carência de instrumental teórico necessário para a atuação, que se inicia na formação acadêmica universitária.

Relação com a equipe

Ao inserir-se em um hospital, é iminente ao psicólogo relacionar-se com a equipe multiprofissional do setor onde irá atuar, visto que é o conjunto de profissionais que irá lidar com os pacientes. O desafio não é pequeno, já que falamos de profissionais com visões diferentes sobre o mesmo caso. Na entrevista, uma psicóloga relata como percebe a interação dos profissionais no hospital:

Trabalho multiprofissional, esse era o grande desafio, né... de dar atenção, é ver o paciente, eu e o familiar, e ver esse paciente no olhar da psicologia e com essa discussão com os demais profissionais (Psicóloga A).

O psicólogo enfrenta dificuldades para trabalhar em equipe multidisciplinar pelo reduzido número de psicólogos na instituição, pela limitação de tempo que a rotina de atendimentos implica e pela pouca disposição dos chefes de serviços em conceder espaço ao trabalho de equipe (Tonetto e Gomes, 2007).

Na fala das entrevistadas demonstra-se que há, nas equipes onde estão inseridas, uma relação de troca:

Comigo sempre foi uma coisa muito tranquila. Eles sempre se relacionaram muito bem comigo. Quando foi preciso alguma coisa, quando era preciso encaminhar algum paciente me chamavam, conversavam, sabe, e eu trocava depois, quando tinha algum resultado pra passar pra eles. E agora continua do mesmo jeito. Não tenho dificuldades nem com o pessoal da enfermagem, nem com os médicos (Psicóloga B).

[as trocas] acontecem quando são necessárias, não tem problema, assim, nunca tive problema de acesso a ninguém. Chego, converso (...) e nunca precisou nada mais formalizado (Psicóloga C).

Vemos, assim, que há uma relação do psicólogo e equipe de forma cooperativa, envolvendo-se no trabalho das demais especialidades a fim de, juntos, criarem um trabalho efetivo e que beneficie o paciente, motivo do trabalho de todos (Romano, 1999).. Caso contrário, pouco se pode afirmar da existência de uma equipe interdisciplinar, mas sim, de um conjunto de pessoas de especialidades diferentes que trabalham com o mesmo paciente,



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

porém de forma um tanto isolada, com contribuições das demais áreas apenas quando necessário.

A conquista do espaço

Um ponto que emergiu em todas as entrevistas foi a questão do espaço, físico e subjetivo, que na chegada do profissional da psicologia no hospital precisou ser construído. Angerami-Camon (1996) afirma que “uma das primeiras dificuldades surgidas quando se pensa na atividade do psicólogo na realidade hospitalar é sua inserção na realidade institucional”. Assim, encontramos na fala das entrevistadas essa situação vivenciada:

... o espaço físico pra psicologia aqui dentro é muito pouco (...) problema maior, em relação a mim, não é o reconhecimento do meu trabalho, mas é ter o espaço pra gente poder trabalhar, fisicamente, um lugar pra gente poder trabalhar (Psicóloga C).

Por questões da instituição hospitalar o espaço físico de atuação é reduzido. O espaço subjetivo de participação nas equipes de saúde parecem ser, no entanto, ter sido conquistado aparentemente de forma mais rápida. O lugar comum de todos profissionais é o paciente e sua cura. Assim, não é o paciente que vai até o seu curador, mas este é que vai até ele, em seu leito, que é o endereço que o paciente ocupa na instituição. Fossi e Guareschi (2004) balizam ao dizer que “A demanda do enfermo é que fará com que os profissionais da saúde se integrem, com o propósito de satisfazer as necessidades globais da pessoa, proporcionando seu bem-estar”.

O espaço na equipe, também, parece já existir nas expectativas que esta cria em relação a sua presença. Vários são os fatores que levam a esta expectativa, porém ela não necessariamente é confirmada na atuação do psicólogo.

A gente observou que a chegada do psicólogo aqui era bastante esperada, muito aguardada, tinha muita demanda, principalmente por parte da equipe, né, multidisciplinar (Entrevistada B).

A participação do psicólogo em hospital ainda é recente em relação a outras profissões já bem consolidadas neste campo. Assim, podemos dizer que ainda está em construção, está sendo conhecido o trabalho e importância neste local, como diferencial e não apenas mais uma especialidade. Cabe também salientar que a necessidade de um espaço físico isolado é herança da prática clínica, que vemos transportada para a nova



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

instituição de atuação, e não adaptada, conforme seria o esperado.

Relação com frustrações

Diversas dificuldades foram mencionadas nos depoimentos as entrevistadas. Aparenta ser quase uma rotina haver limitações e situações adversas neste tipo de trabalho, em psicologia hospitalar.

Acho que teve dificuldades (...) mas que eu sempre enfrentei essas dificuldades. Com certeza, tive muitas, né... mas assim, não vejo nada a ponto de me frustrar como uma coisa definitiva, né, é uma coisa que aconteceu, né, ou uma coisa do tipo... são coisas que fazem parte do processo (Entrevistada A).

Parece haver uma minimização dos motivos que poderiam ser vistos como frustrações no trabalho, como as dificuldades relatadas e falta de reconhecimento. Podemos considerar como uma defesa ao ambiente hostil ao qual estão inseridos. A explicação encontrada na fala delas para esta questão é a contrapartida das satisfações, como um escudo, seja para elas mesmas ou na maneira de mostrar ao mundo externo:

Eu gosto da área hospitalar, adoro, assim, a área hospitalar, e acho que se a gente não gosta não fica, né, não aguenta (risos). Porque é muita frustração, não é fácil trabalhar no hospital, e não é só se deparar com as resistências das equipes, com as dificuldades... (...) a gente enfrenta... é doença, é paciente doente, é a tensão, porque é a vida e a morte, né, embora todo... é muito sofrimento no hospital, né, que a gente vê, que a gente acompanha. É um sofrimento físico, né, físico das pessoas (Entrevistada B).

Parece haver um esforço para uma promoção de conhecimento favorável à psicologia hospitalar, como um campo satisfatório de atuação. A própria atuação em ambiente hostil faz com que aconteça a exaltação dos pontos positivos como forma de minimizar os negativos e poder desenvolver o trabalho diário.

CONCLUSÕES

A Psicologia Hospitalar não é mais tão recente em relação a data de início, mas em sua prática muita coisa ainda está sendo delineada e conquistada. O número de



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

profissionais da área trabalhando em hospitais é uma das principais conquistas a ser obtidas. Se comparado a outros profissionais, ainda são muito poucos os psicólogos que estão nas equipes, além da grande demanda apresentada que pede uma quantia maior deles.

Parece haver pouca produção científica na área, se comparado com outras áreas mais tradicionais de atuação, como as psicopatologias. Alguns psicólogos se inserem na realidade hospitalar sem sentir ter um preparo teórico suficiente para tal. A formação acadêmica parece ser falha neste quesito. A busca pelo conhecimento acontece, em grande parte, quando da entrada na instituição hospitalar, seja ela por interesse ou por necessidade no início do trabalho.

Assim sendo, parece haver várias são as definições e práticas na área hospitalar, ainda não possuindo consenso teórico. Pode-se delimitar a questão da doença como foco da psicologia hospitalar. Os sentimentos que forem relativos ao ato da internação e tratamento da doença física são os trabalhados pelo psicólogo hospitalar. Quando emergem situações e sentimentos que não possam ser trabalhados neste contexto, recorre-se a encaminhamento para psicoterapia.

O que parece estar mais uniforme na prática, no entanto, é a necessidade de atendimentos e da presença do psicólogo no hospital. A forma de atendimento e de chegada dos casos com demanda de atendimento ainda é escolha de cada profissional, fazendo parte da conquista de seu espaço na equipe e instituição.

Inserido no ambiente hospitalar, aparece o maior desafio do trabalho: a inserção na equipe multiprofissional de saúde. Existe uma expectativa dos profissionais já existentes no contexto em relação ao trabalho do psicólogo, que surge como um solucionador de problemas, um criador de “bons pacientes” que aceitam e aderem facilmente ao tratamento. Cabe ao psicólogo, então, demonstrar que seu papel vai além das situações de crise. É ele quem vai trabalhar com as angústias e ansiedades inerentes à doença do paciente, e também salientar que este é mais que apenas um corpo doente, é um indivíduo com subjetividade.

De tal modo, o psicólogo vai conquistando seu espaço nessa equipe através da demonstração que seu trabalho é diferente e necessário. Neste ponto haveria uma necessidade de conquista grupal para montar uma imagem destes profissionais. Como ainda não existe, conforme as falas, o processo de conquista de espaço e conhecimento do trabalho acontece a cada psicólogo que entra neste ramo e durante todo seu exercício.



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Assim sendo, a entrada do psicólogo no hospital já foi uma grande conquista de espaço para a psicologia, mas muito ainda é necessário conquistar dentro desse espaço, a fim de disponibilizar um atendimento cada vez melhor a quem dele necessita e que não se perca este espaço ganho ao longo do tempo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Angerami-Camon, V. A. (1996). *E a psicologia entrou no hospital*. São Paulo: Pioneira.
- _____. (2010). *Psicologia Hospitalar: Teoria e prática*. São Paulo: Thomson Learning.
- Bardin, L. (1977). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Castro, E. K. de, Bornholdt, E. (2004). Psicologia da saúde x psicologia hospitalar: definições e possibilidades de inserção profissional. *Psicologia ciência e profissão*, Brasília, v.24, n.3, p 48-57, set. Disponível em: <http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932004000300007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 20 de mar. 2010.
- Costa, V. A. de S. F.; Barbosa, L. N. F.; Francisco A. L.; Estanislau, A. C. A. L.; Wanderley, E. M. T.; Bastos, M. A.; Moraes, R. M. B. (2009). Cartografia de uma ação em saúde: o papel do psicólogo hospitalar. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, vol.12, no.1. Disponível em: <http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582009000100009&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 20 março 2010.
- Fossi, L. B.; Guareschi, N. M. F. (2004). A psicologia hospitalar e as equipes multidisciplinares. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, vol. 7, n. 1. Disponível em: <http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582004000100004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 20 março 2010.
- Ismael, Silvia Maria Cury. (2005). A inserção do psicólogo no contexto hospitalar. In: ISMAEL, Silvia Maria Cury (Org.) *A prática psicológica e sua interface com as doenças*. São Paulo: Casa do Psicólogo, p. 17-35.
- Maia, E. M. C.; Silva, N. G.; Martins, R. R.; Sebastiani, R. W. (2005). Psicologia da saúde-hospitalar: da formação a realidade. *Universal Psychology*, vol.4, no.1, p.49-54.



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Disponível em: <http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-92672005000100007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 20 Março 2010.

Minayo, M. C. de S. (2007). *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. 25ª ed. Petrópolis: Vozes.

Romano, B.W. (1999). *Princípios para a prática de psicologia clínica em hospitais*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Rudnicki, T. (2007). Resiliência e o trabalho do psicólogo hospitalar: considerações iniciais. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*. dez. 2007, vol.10, no.2, p.83-92. Disponível em: <http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582007000200010&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 20 março 2010.

Tonetto, A. M., Gomes, W. B. (2007). Competências e habilidades necessárias à prática psicológica hospitalar. *Arquivos brasileiros de psicologia*, Rio de Janeiro, v.59, n.1, jun. Disponível em: <http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672007000100005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 20 de mar. 2010.

Turato, E. R.; Fontanella, B. J. B.; Campos, C. J. G. (2006). Coleta de dados na pesquisa clínico-qualitativa: uso de entrevistas não-dirigidas de questões abertas por profissionais da saúde. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, vol.14 no.5. Ribeirão Preto. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n5/pt_v14n5a25.pdf>. Acesso em: 30 de março de 2010.

Turato, E. R.(2005). Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Revista de Saúde Pública*, vol. 39 no. 3. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v39n3/24808.pdf>>. Acesso em: 30 de março de 2010.



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

O que faz um psicólogo? - a visão da equipe multidisciplinar

Amanda Schöffel Sehn ¹

Alberto Manuel Quintana ¹

¹ Universidade Federal de Santa Maria (UFSM)

RESUMO

O projeto visou conhecer a representação que alguns dos profissionais da saúde, que atuam em equipes compostas por psicólogos, têm do serviço da Psicologia, investigando as expectativas desses profissionais sobre as atribuições do Psicólogo no hospital, e o seu objeto de estudo e intervenção. Foram entrevistados técnicos em enfermagem dos setores da hemato-oncologia adulta, hemato-oncologia infantil, UTI pediátrica e UTI neonatal do Hospital Universitário de Santa Maria. Considerou-se relevante este estudo tendo em vista que o número de psicólogos hospitalares tem aumentado de forma significativa, bem como o seu trabalho em equipes multidisciplinares. Cada área de atuação na saúde possui uma especificidade que faz parte do seu corpo de saber, mas que geralmente, de maneira isolada, não dá conta da complexidade do real. Por isso é de suma importância que os profissionais atuem com a premissa de que o conhecimento não é algo isolado e fragmentado (ROMANO, 1999). Trata-se de um estudo transversal, no qual foram realizadas entrevistas semi-estruturadas, com eixos norteadores. Para a análise de dados foi utilizada a análise qualitativa de conteúdo de Bardin (1977). Assim, a partir da análise do material coletado foram construídas categorias. Por se tratar de um recorte, neste trabalho serão abordadas as seguintes: “São raros os pacientes que não precisam de um psicólogo pra conversar”; “Mas como que vai ser isso, como que vai funcionar?”; “Cada um dá um pouco de si e vai se fazendo um trabalho”. Ao desvendar as representações sobre o psicólogo hospitalar, pode-se entender as expectativas depositadas pela equipe nesse profissional, compará-las com as possibilidades do fazer do psicólogo e, assim, auxiliar na delimitação de seu campo de atuação.

Palavras-chave: Psicólogo Hospitalar; Equipe multidisciplinar; Representação Social.



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

INTRODUÇÃO

As equipes de saúde, em suas práticas atuais, encontram-se em processo de diversificação de sua composição profissional, o que proporciona pensar e trabalhar o binômio saúde-doença em um sentido amplo e integrado. Cada área de atuação na saúde possui uma especificidade que faz parte do seu corpo de saber, mas que geralmente, de maneira isolada, não dá conta da complexidade do real. Por isso é de suma importância que os profissionais atuem com a premissa de que o conhecimento não é algo isolado e fragmentado (Romano, 1999).

A Psicologia Hospitalar surge para atuar na dimensão existencial que se potencializa no adoecimento e seu surgimento se deu através do desenvolvimento dos estudos em psicossomática, que analisavam a relação entre sintomas somáticos e conflitos psicológicos, isto é, a vivência e a comunicação de dificuldades pessoais na forma de desconforto e queixas somáticas para as quais não se encontra um substrato orgânico (Fortes, Botega & Brasil, 2002).

Com a inserção do psicólogo e de outros profissionais não-médicos no hospital, surgem questões relacionadas ao trabalho multiprofissional, e estas envolvem

“dificuldades que se situam em torno da identificação de papéis específicos, dos problemas de entrosamento dos profissionais, da competitividade gerada pela conquista de um espaço de trabalho e do poder de decisão, dos ressentimentos oriundos da hierarquização dos profissionais de saúde e da intolerância quando são contestadas as fronteiras de atribuição profissional” (Giannotti, 2001, p. 23).

A visão médica de relacionar-se com o doente e a doença passou por mudanças e pode ser abordada levando em conta que o conhecimento médico mudou, e o paciente deve apropriar-se de sua doença, dependendo exclusivamente de suas atitudes no curso do adoecer. Além disso, o médico detém o porquê de uma indicação e ao doente compete discutir essa indicação e o quanto de investimento quer fazer, ou buscar alternativas (Romano, 1999).

Segundo More, Crepaldi, Queiroz, Wendt e Cardoso (2004), esse trabalho multidisciplinar tem como base o conhecimento e o reconhecimento da atuação das diferentes especificidades que trabalham em conjunto, pois com as múltiplas situações



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

díficeis e inesperadas, que fazem parte da realidade dos usuários dos hospitais, uma única especificidade profissional não consegue dar conta dessa gama de fatores intrínsecos a doença e a hospitalização (Chiattonne, 1996). Entretanto, os médicos serão os protagonistas do manejo hospitalar, por serem eles que decidem sobre técnicas, medicações, cura, internações e altas (Angerami-Camon, 2003).

Assim, é necessário que os outros profissionais da equipe se enquadrem, primeiramente, na demanda do indivíduo e às definições do médico, para depois, atuarem com suas práticas no atendimento hospitalar; sempre visando satisfazer as necessidades do paciente como um todo, a fim de proporcionar seu bem-estar. Devido a isso, a equipe multidisciplinar não é pré- organizada, pois tem sua formação centrada nas necessidades da pessoa (Fossi & Guareschi, 2004).

Conforme Romano (1999) a atuação do psicólogo em hospitais no Brasil iniciou-se na década de 50, entretanto ela não dispunha de um modelo teórico de atuação e nos primórdios, podia ser descrita como “exercícios isolados que se aproximavam do que se pode chamar ‘o transporte do consultório’ para dentro do hospital” (Romano, 1999, p.83). Mas com o passar dos anos, esse quadro se alterou e “a clientela começou a ter novas necessidades, os médicos e a equipe tiveram novos interesses, o quadro de psicólogos aumentou” (Romano, 1999, p. 83).

O psicólogo dentro do hospital passou a ser imprescindível após o aparecimento de episódios psicóticos, relacionados a procedimentos cirúrgicos e até mesmo com os estados confusionais e depressivos decorrentes do uso de medicamentos. Os aspectos emocionais alteravam as reações e habilidades dos pacientes e também modificavam a aderência do enfermo ao tratamento. E além dessa assistência direta ao paciente, também era atividade para o psicólogo no hospital, a assistência aos familiares do paciente (Ford *et al*, 1994 como citado em Romano, 1999, p.26).

O adoecer sempre foi um processo doloroso para aqueles que sofrem de alguma patologia, e tal processo, geralmente, vem acompanhado de algumas reações emocionais como ansiedade, tristeza, depressão, dor, medos e até, o sentimento da eminência da morte, assim verifica-se uma constante necessidade da atuação de profissionais de Psicologia dentro das instituições de saúde.

Ao se defrontar com a falha no funcionamento do corpo o sujeito mergulha numa série de buscas para recuperar a sua saúde, que pode se dar de duas formas: pelo



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

enfrentamento ou pela evitação, mas em ambas está presente o comprometimento emocional e a necessidade da busca pelo equilíbrio perdido (Marinho, Santos & Pedrosa, 2005).

O indivíduo doente torna-se psicologicamente frágil, pois “se defronta com uma das questões mais angustiantes da existência humana revelada nos conflitos entre a vida e a morte” (Chiattonne, 2005, p. 112), uma ambivalência decorrente do choque de seu mundo de valores e sua realidade atual. Assim, os aspectos psicológicos podem se configurar como fatores desencadeantes ou como conseqüências do tratamento, da internação ou da doença em si (Chiattonne, 2005).

A equipe inserida no contexto hospitalar envolve-se freqüentemente em uma relação de trocas, tanto com a equipe, como com a população. Ao interagirem, as pessoas tendem a teorizar sobre a vida cotidiana construindo um saber pragmático que foge dos moldes científicos. Partindo das informações que estão presentes em seu universo, buscam criar explicações através das representações sociais. As representações também constituem uma maneira de fixar as crenças sociais dos indivíduos, pois contribuem para a construção de uma realidade comum a um conjunto social (More *et al*, 2004).

A noção de representação social é entendida por Moscovici (1988) como um corpo organizado de conhecimentos de senso comum, que é produzido nas interações grupais e pressupõe uma ligação cotidiana de trocas. Esta teoria busca compreender como pessoas comuns, comunidades e instituições produzem saberes sobre si mesmas, sobre outros e sobre a multidão de objetos sociais que lhes são relevantes (More *et al*, 2004).

Tal saber encontra-se intimamente conectado com o mundo da vida e com a experiência vivida de uma comunidade, demarcando seus referenciais de pensamento, ação e relacionamento. Segundo Moscovici (1988), no momento em que um conhecimento científico circula na estrutura social além da sua origem e contexto de produção ele se transforma, pois os saberes não são sistemas isolados; mas dependem de um contexto e estão ligados em um modo de vida. Pelo fato de todo conhecimento nascer de um contexto social e psicológico; as representações sociais são governadas por lógicas múltiplas que apresentam estados de ser, identidades, relações e práticas que revelam o “quem”, “como”, “o que”, “por que” e “para que” dos saberes (Moscovici, 1988).

Dessa forma, buscou-se conhecer a representação que os técnicos de enfermagem, que atuam em equipes compostas por psicólogos, têm do serviço da Psicologia,



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

investigando as expectativas desses profissionais sobre as atribuições do Psicólogo no hospital, e o seu objeto de estudo e intervenção.

MÉTODO

Este estudo é um recorte do projeto de pesquisa intitulado “O psicólogo hospitalar na representação de profissionais da equipe de saúde”. Trata-se de um estudo transversal, de caráter qualitativo, já que este tipo de pesquisa se preocupa com um nível de realidade que não pode ser quantificado, e que corresponde a fenômenos e processos que não podem ser operacionalizados em variáveis quantitativas. A abordagem qualitativa, por se aprofundar do mundo dos significados das ações e relações humanas, não é mensurável através de equações, médias e estatísticas (Minayo, 2004).

Para a coleta dos dados foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com eixos norteadores. Foi escolhido este método de coleta de dados, devido ao fato de que na entrevista semi-estruturada “as informações são obtidas através de um roteiro de entrevista constando de uma lista de pontos ou tópicos previamente estabelecidos de acordo com a problemática central e que deve ser seguida” (Haguette, 1992, p. 86). Dessa forma, busca-se uma técnica que se aproxime o máximo possível com uma conversa informal, e seja diferente da clássica entrevista de perguntas-respostas.

Os sujeitos da pesquisa foram técnicos de enfermagem que trabalham em equipes multiprofissionais em que há atuação do psicólogo. Assim, foram entrevistados profissionais atuantes nos seguintes setores de um Hospital do interior do Rio Grande do Sul: hemato-oncologia adulta, hemato-oncologia infantil, UTI pediátrica e UTI neonatal.

Buscou-se entrevistar, em cada setor mencionado, um técnico de enfermagem priorizando aquele que trabalha há mais tempo no hospital, pelo fato de já estar imerso na realidade do local. As entrevistadas foram todas do sexo feminino e a média do tempo de serviço destas profissionais contabilizou 20 anos.

É importante ressaltar que o contato com os participantes só se deu após aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Santa Maria. Assim, foram tomados todos os cuidados éticos necessários como: respeito a autonomia dos sujeitos da pesquisa; a preservação do sigilo de sua identidade; não implicar em riscos ou perdas para esses, conforme os preceitos da Resolução de 196/96 do



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Conselho Nacional de Saúde [CNS] (1996) que regulamenta as condições da pesquisa envolvendo seres humanos.

Para a análise dos dados foi utilizada a análise qualitativa de conteúdo de Bardin (1977), pois esta é uma técnica de investigação cujo objetivo é a descrição sistemática e quantitativa dos elementos expressos na comunicação proposta por Bardin (1977). Segundo a autora, a técnica de análise de conteúdo é composta de três grandes etapas: 1) a pré-análise; 2) a exploração do material; 3) o tratamento dos resultados e interpretação.

Para o tratamento e apresentação dos dados, após a transcrição do material coletado foi realizada a leitura flutuante até a impregnação do conteúdo. Logo, de acordo com critérios de relevância e repetição, foi realizada a categorização dos tópicos emergentes. Por fim, foi trabalhada a validação externa dos dados com a discussão das categorias, até apresentação dos resultados (Turato, 2003).

Assim, a partir da análise do material coletado foram construídas algumas categorias, por se tratar de um recorte, neste trabalho serão abordadas as seguintes: “São raros os pacientes que não precisam de um psicólogo pra conversar”; “Mas como que vai ser isso, como que vai funcionar?”; “Cada um dá um pouco de si e vai se fazendo um trabalho”.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A Psicologia Hospitalar foi regulamentada pelo Conselho Federal de Psicologia [CFP, 2000] no ano de 2000, passando a ser uma especialidade oficial que se apresenta de maneira ampla, sendo reconhecida como importante e que demanda muita responsabilidade. A denominação “Psicologia Hospitalar” ultrapassa a conotação de um mero lugar de atuação e passa a ser visto como um campo de conhecimento que ainda vem sendo definido e dimensionado. Entretanto, conforme alguns autores (Costa, Barbosa & Francisco, 2009), apesar do aumento do número de profissionais nesta área, algumas dificuldades são recorrentes. Uma delas é a dificuldade de inserção e o número reduzido de psicólogos nas instituições; a outra é a deficiência do instrumental teórico necessário para a atuação, desde a formação universitária. Estas dificuldades podem ser encontradas através da importância atribuída ao trabalho do psicólogo no âmbito hospitalar, bem como das



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

expectativas que esses profissionais da saúde criam acerca do trabalho do psicólogo hospitalar.

“São raros os pacientes que não precisam de um psicólogo pra conversar”

A integração dos diferentes saberes, no sentido de superar a fragmentação ou compartimentação da ciência tradicional, é uma proposta atual, presente no campo da ciência, que visa uma articulação das diferenças, que emergem dos diversos pressupostos epistemológicos que sustentam a produção do conhecimento (More *et al*, 2004). Nesse sentido, insere-se o trabalho do psicólogo e a importância atribuída a este.

Em um estudo realizado por More *et al* 2004, foi constatado que

“o conhecimento do fazer do psicólogo e o reconhecimento da importância da participação do mesmo nas equipes de saúde são aspectos que poderão gerar trabalhos interdisciplinares, enquanto o desconhecimento, ou ainda a idéia vaga do que esta ciência representa, pode torná-la uma peça separada do restante da equipe. (...) Para evitar a ambigüidade do conhecimento, faz-se necessário que os profissionais da Psicologia estejam abertos a mostrar-se ao outro, compartilhando e divulgando esta ciência”(p. 68).

A partir das entrevistas realizadas é possível inferir que a importância atribuída à atuação do psicólogo no hospital pode ser traduzida pela angústia retratada pelos profissionais da saúde devido à falta de psicólogos atuando em algumas instituições de saúde, como reflete a fala do sujeito C: *“O fato que eu te digo que o ideal seria se tivesse mais psicólogo, que muitas vezes os pais vem e querem colocar alguma dúvida, alguma angústia, alguma coisa que não é conosco, que tem que ser com ela e as vezes no momento ela tá atendendo, ou fazendo alguma outra coisa, entende?”*.

Outra fala que vai de encontro com a anterior é da entrevistada B: *“Daí a gente tem que fica um tempão ali segurando as pontas delas né, deles todos e não dá pra simplesmente virar as costas e deixar eles chorando lá né. Então, e fora que todos os nossos pacientes raro o que não precisa de um psicólogo pra conversa”*.

O fato de serem “raros os pacientes que não precisam de um psicólogo pra conversar” demonstra o reconhecimento por parte desses profissionais do trabalho do psicólogo dentro da equipe. Isso reflete o fato de que muitas vezes os profissionais da saúde, conforme Fossi e Guareschi (2004) posicionam-se frente ao usuário de maneira indisponível. A escuta de algumas áreas, como a médica, está voltada unicamente aos dados específicos da doença, deixando de lado o que o adoecimento e a hospitalização



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

suscitam no paciente. Dessa forma, as atitudes da equipe de saúde podem ser terapêuticas ou não, podendo produzir configurações maléficas ou benéficas no curso do adoecer.

Nesse sentido, é de suma importância pensar acerca do que o adoecer e a hospitalização provocam no indivíduo, pois estar hospitalizado “promove a vivência de uma ruptura de pontos referenciais que acabam por gerar sofrimento, sensação de abandono, medo do desconhecido, fantasias e temores” (Pinto, 2004, p.36).

Em relação a esses sentimentos provocados pelo adoecer e pela internação, que podem ser tomados como emoções difíceis, os profissionais colocam que é necessária a atuação do psicólogo, para “ouvir” as angústias e os medos, entretanto, ao buscar esse profissional, nem sempre ele se apresenta. *“O pessoal gostava, os próprios pacientes ficavam mais, se sentindo, eu via que eles ficavam mais alegrinhos. Porque tu sabe que falar ajuda bastante né, a gente falando com a pessoa parece que alivia né. Então assim, eles geralmente não falam com os familiares pra não sobrecarregar os familiares né!? Então eles ficam fechados, eles se fecham”*(sujeito B).

A partir dessa fala é possível entender como fazendo parte do psicólogo hospitalar “abrir” os pacientes, já que eles se fecham para não “sobrecarregar os familiares”, ou seja, cabe a esse profissional oferecer uma escuta desse sujeito que está sofrendo.

Outro aspecto importante é que o trabalho das técnicas de enfermagem está somente vinculado ao físico, à emergência e a técnica, o que pode ser ilustrado também pela fala de B: *“Né, nós de vez em quando eles dizem assim, aí mas a gente também não tem tempo de fica na beira da cama esperando, né e conversando com calma né. E tem que ter paciência né gurias, sentar, conversar, deixar eles falar.* Isso sugere que ao lidar somente com o que é orgânico e fisiológico as técnicas não possuem tempo para ouvir o paciente, para lançar sobre ele um olhar e uma escuta que vão além da doença, que ultrapassam o mal-estar físico.

A forma com que esses profissionais demonstram perceber o trabalho do psicólogo no ambiente hospitalar transmite a ideia de um reconhecimento, quando se diz que este papel é fundamental, pois “lida” com as emoções difíceis que as técnicas não dão conta, em outras palavras, um trabalho que lida com os sentimentos hostis dos pacientes que não cabe a elas, que lidam somente com o que é do orgânico.

Essa ideia sobre o papel do profissional de psicologia dentro do hospital condiz com a sua função de oferecer um suporte psicológico ao paciente internado. Para Pinto



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

(2004), entende-se como suporte psicológico no campo hospitalar o uso de técnicas e procedimentos, advindos de construtos teórico-psicológicos, que auxiliam sensivelmente o paciente a compreender o seu universo psicológico.

Também cabe ao psicólogo, segundo Guareschi (2003), “entender e atender o sofrimento psíquico do ser humano como um todo, e não na sua individualidade, integrando tal entendimento ao atendimento e às preocupações da equipe multidisciplinar de saúde” (p. 40). Nesse sentido é importante que o psicólogo atue levando em conta as sutilezas do ambiente hospitalar e deixe de lado o modelo tradicional de consultório, sempre priorizando o paciente e a sua necessidade no momento da internação.

“Mas como que vai ser isso, como é que vai funcionar?”

A dinâmica hospitalar contemporânea é caracterizada pelas equipes multidisciplinares, isto é, nessa dinâmica de trabalho existem vários profissionais atendendo o mesmo paciente de maneira independente (Tonetto & Gomes, 2007).

Nesse sentido, o trabalho em equipe não implica em um conhecimento amplo de cada área de saber, em que cada profissional deve saber tudo, mas remete a um campo de acolhimento, de subjetivação, em que cada profissional tem seu lugar (Romano, 1999).

A prática multidisciplinar, por vezes, favorece o risco de fragmentação entre os setores, e conseqüentemente, a fragmentação do paciente. Por isso, a discussão sobre as equipes multidisciplinares é de suma importância, já que a proposta do atendimento integral ao usuário é óbvia, mas na prática, tal obviedade não é efetivamente posta em ação. Ainda são perceptíveis dificuldades de interação entre os profissionais, disputas de poder, falta de conhecimento sobre a ajuda que outras especialidades podem dar à equipe e ao indivíduo (Fossi & Guareschi, 2004).

Isso pode ser verificado na fala do sujeito C: *“Porque dificilmente a equipe médica chega e diz: olha provavelmente o bebê vai ter dificuldade pra falar, pra caminhar, pra ... e aí, muitas vezes, e antigamente era mais ainda assim, os pais saem com toda aquela esperança que aquele bebê, não, vai pra casa, e, daqui um ano ele vai aprender a comer, vai aprender a mamar e isso não vai acontecer. E aí o que a gente observa agora é que assim ó, com essa equipe, essas informações são assim, delicadamente, tentando passar pras famílias. E: Implicitamente... C: Sim, e ... não, é tudo assim, com muita psicologia, né, entende, e aí então, por isso que é importante esse serviço.”*



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Conforme Tonetto e Gomes (2007), por vezes, o desenvolvimento da prática multidisciplinar é impedido pelos reducionismos profissionais e as diferenças hierárquicas. Enquanto a psicologia exacerba a defesa do emocional, a medicina limita-se ao tratamento do corpo. Nesse sentido é importante que o psicólogo possua uma visão integrada da relação mente/corpo e reconheça as implicações orgânicas no estado emocional dos pacientes.

Tal profissional, ao trabalhar em uma equipe multidisciplinar encontra dois fatores limitadores, sendo eles: o número reduzido de psicólogos e, conseqüentemente, a limitação de tempo, indicados nas dificuldades em conciliar o acompanhamento às visitas médicas, a discussão de casos e o atendimento psicológico. Além disso, o profissional também se depara com a pouca disposição dos chefes de serviços em conceder espaço ao trabalho de equipe (Tonetto & Gomes, 2007).

Essas dificuldades encontradas acabam refletidas no trabalho dos outros profissionais que compõem a equipe, o que pode ser verificado na fala da entrevistada “*Aí então as coisas vão bem devagarinho, aí agora né, a pouquíssimo tempo surgiu a psicóloga. Então, no caso, o ideal seria que tivesse mais um aqui dentro, não sei quando isso vai acontecer, mas... entende*”(Sujeito C).

Segundo Fossi e Guareschi (2004), devido às dificuldades encontradas na prática multidisciplinar cabe à psicologia perguntar-se, principalmente, que concepção de sujeito e de sociedade está como pano de fundo para as práticas psicológicas nos hospitais gerais.

Isso se torna importante, pois a psicologia vem conquistando um espaço cada vez maior no âmbito hospitalar e o reconhecimento da importância dessa prática pode ser verificado na entrevista com uma técnica de enfermagem: “*Mas eu já percebi assim, antes não tinha psicólogo aqui, tinha as acadêmicas e depois um período, eu não me lembro assim que época foi, e depois um período ficamos sem, mas agora que tem a gente percebe assim que funciona que tem um certo retorno assim.*”(sujeito D)

O trabalho da psicologia nas equipes multidisciplinares deve ser tomado como algo mais complexo, merecedor de uma discussão também nesse sentido, capaz de ser problematizadora de questões contemporâneas que envolvem essas práticas psicológicas sobre doença e saúde, já que, em grande parte, é através dessas discussões que se constituem as ações em psicologia (Fossi & Guareschi, 2004).



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Assim, faz parte das atividades do profissional da psicologia, não só aqueles que se referem à saúde mental, mas todo o trabalho que seja exercido no campo da coletividade com a finalidade da promoção do bem-estar e da saúde. Também é importante que esse profissional da saúde esteja presente na formulação, organização e desenvolvimento das políticas públicas e sociais de saúde (Fossi & Guareschi, 2004).

Dentro da equipe multidisciplinar é necessário um olhar que transcenda os saberes específicos, isto é, cada área domina o seu campo de saber, mas deve reconhecer o indivíduo como um ser biopsicossocial, atravessado por diversas balizas. Nesse modelo biopsicossocial, “saúde é definida como o bem-estar físico, mental e social, em contraste com o modelo biomédico tradicional para o qual saúde é a ausência de doença” (Organização Panamericana da Saúde, 1996, p. 90).

Esse modelo vem acompanhando a prática dos profissionais da saúde dentro do hospital e esteve presente na fala da entrevistada D: *Eu sei que isso [o ingresso de um profissional da psicologia], é bom assim até no início a gente achava assim mas como que vai ser isso, como é que vai funcionar, cada um com um, assim a idéia era o paciente sabe. Todo mundo fazendo aquela, mas é bom porque o paciente é um todo. Precisa da fisioterapeuta, precisa da nutricionista, tem que estar um conjunto.”*

A inserção do psicólogo na equipe multiprofissional é recente, bem como a construção de um espaço dentro do hospital. Entretanto para isso, é preciso que o profissional reconheça a importância de cada área de saber dentro da equipe e considere o paciente como um sujeito biopsicossocial que necessita de todos esses olhares. Dessa forma, o trabalho no âmbito hospitalar terá um maior sucesso em relação às práticas profissionais e ao paciente.

“Cada um dá um pouco de si e vai se fazendo um trabalho”

O conceito de equipe multiprofissional se refere a uma realidade dada, isto é, existem profissionais de diferentes áreas atuando conjuntamente, e a articulação dos trabalhos não é problematizada. Nesse tipo de relação em equipe, que envolve diversas áreas do saber em relação a um paciente, a comunicação entre os profissionais é o denominador comum do trabalho, o qual decorre da relação recíproca entre trabalho e interação. Tal comunicação pode se dar de três formas distintas, sendo elas: a que é externa



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

ao trabalho, a que tem um caráter estritamente pessoal e, por fim, aquela que é concebida e praticada como dimensão intrínseca ao trabalho em equipe (Peduzzi, 2001).

Entretanto, muitas vezes essa comunicação entre a equipe multidisciplinar falha, o que acaba prejudicando o trabalho da mesma. Os motivos a que isto se deve são diversos e entre eles, pode-se pensar no fato de que alguns profissionais não têm a formação acadêmica orientada para tal tipo de atuação, o que acaba comprometendo o trabalho da equipe como um todo.

Foi possível verificar isto em algumas entrevistas: *“Não a gente não teve orientação, a gente foi acho que diante da necessidade do dia-a-dia (...) acho que cada um dá um pouco de si ali e vai se fazendo um trabalho, mas a gente não teve aquela orientação de tu tem que trabalhar com a fisioterapeuta, isso não foi nos passado na época.” (sujeito A)*

“Há muito tempo, no tempo que eu fui auxiliar trabalhei muitos anos como auxiliar de enfermagem e naquela época o que tinha preparo é psicoterápico, é como diz assim paciente psicoterápico e daí lá tinha preparo assim quanto as ..., a hemorragia, mas não preparo psicológico mesmo.” (sujeito D)

Diante disso cabe frisar a importância da comunicação e das trocas entre a equipe, já que o que “está em jogo” são os cuidados para com um ser humano enfermo. E o ser humano não é só somático ou psíquico, ou seja, a fragmentação do atendimento à saúde por envolver diversos campos de saberes, pode não contemplar a complexidade do sujeito em questão. (Fossi & Guareschi, 2004). Nesse sentido, faz parte da prática do psicólogo interagir com essa equipe e evitar que essas falhas ocorram, a fim de assistir da melhor forma possível o sujeito adoecido.

CONCLUSÃO

Conforme observado no contexto estudado, pode-se concluir que a prática da psicologia é muito recente e vem construindo o seu lugar dentro do hospital. Em meio a isso essa profissão tem, por vezes, encontrado dificuldades nesta inserção. Tais dificuldades se devem à nebulosidade acerca “do que o psicólogo faz”, isto é, da falta de clareza do papel que cabe ao psicólogo dentro do hospital.



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Nesse sentido, pode-se dizer que os profissionais criam representações acerca do exercício profissional do psicólogo, ou seja, a partir do saber popular sobre a profissão eles constroem um entendimento sobre a atuação desse profissional, que envolve o que ele faz, a importância do que ele faz, como ele atua.

É possível pensar que, por vezes, o próprio psicólogo encontra dificuldades para definir qual é a sua função específica neste local ou não encontra um espaço para a realização das suas atividades.

Entretanto, apesar disso ainda há um reconhecimento em relação à necessidade do psicólogo no hospital. Isso surge de encontro com a dificuldade que estes profissionais encontram ao se deparar com as ‘emoções difíceis’ dos pacientes. Devido ao enfoque dado ao cuidado físico, ou até mesmo a falta de algum conhecimento durante a graduação acerca disso, os técnicos de enfermagem que foram o objeto de estudo neste trabalho, apontam diversas dificuldades ao ter que lidar com os sentimentos dos pacientes que surgem ao receber a notícia de uma doença, de óbito ou que tenha relação com a saúde do próprio indivíduo e/ou de algum familiar.

O reconhecimento do trabalho do psicólogo vai nessa via, isso quer dizer que por sentirem não ter preparo, ou melhor, condições para lidar com esses sentimentos difíceis, além da falta de tempo, alguns profissionais, aqui os técnicos de enfermagem entrevistados, apontam a importância de um profissional que realize essa escuta e maneje com toda essa carga afetiva.

Apesar desse reconhecimento, há também uma queixa em relação a essa atuação, esse profissional das emoções difíceis nem sempre está presente, ou nem sempre se apresenta quando solicitado, devido à escassez de profissionais nessa área dentro do hospital, devido à ausência do psicólogo na equipe ou até mesmo, devido à comunicação intrincada que essa equipe estabelece ou por outros motivos.

Partindo disso, pode-se questionar alguns aspectos do trabalho multidisciplinar, como o que é esse trabalho? Qual o papel de cada profissional dentro da equipe? Como se dá a comunicação dessa equipe? Assim, é possível pensar que embora bastante falada e difundida, a atuação multidisciplinar ainda tem sua prática precária e quando isso não ‘funciona’ há uma certa frustração dos profissionais que reflete diretamente no entrosamento de toda equipe. Ainda percebe-se dificuldades de interação entre os



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

profissionais, disputas de poder, falta de conhecimento sobre a ajuda que outras especialidades podem dar à equipe e ao indivíduo.

Isso tudo reflete o quanto ainda há para se construir acerca do trabalho da psicologia dentro do hospital. Essa construção inicia no meio acadêmico, na formação dos profissionais, pois, em primeiro lugar, é necessário ter clara a definição sobre o papel do psicólogo dentro do hospital para que ele possa delimitar a sua atuação e ter claro o que lhe compete ou não fazer.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Angerami-Camon, V. A. (2003). O psicólogo no hospital. In: V. A. Angerami-Camon, (Org.). *Psicologia hospitalar: teoria e prática* (pp. 15-28). São Paulo: Pioneira Thomson Learning.
- Bardin, L. (1977). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Chiattonne, H. B. C. (2005). A significação da psicologia no contexto hospitalar. In V. A. Angerami-Camon (Org.), *Psicologia da Saúde - Um Novo Significado para a Prática Clínica* (pp. 73-165). São Paulo: Pioneira Thomson Learning.
- Conselho Federal de Psicologia (2001). Resolução nº 014/00 de 20 de dezembro de 2000. Brasília, 20 de dezembro de 2000. Disponível em: <http://www.pol.org.br/pol/export/sites/default/pol/legislacao/legislacaoDocumentos/resolucao2000_14.pdf>. Acesso em: 24 de março de 2010.
- Conselho Nacional de Saúde. Resolução (1996) nº 196 de 10 de outubro de 1996. Brasília, 9 out. 1996. Disponível em: <<http://www.conselho.saude.gov.br/docs/Resolucoes/Reso196.doc>> Acesso em: 25 de março 2010.
- Costa, V. A. S. F., Barbosa, L. N. F., & Francisco, A. L. (2009). Cartografia de uma ação em saúde: o papel do psicólogo hospitalar. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, 12(1), 113-134.
- Fortes, S., Bottega, N. J. & Brasil, M. A. A. (2002). *Somatização*. In: N. J. Bottega (Org.), *Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência* (pp. p. 269-284). Porto Alegre: Artmed.



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

- Fossi, L. B. & Guareschi, N. M. F. (2004). A psicologia hospitalar e as equipes multidisciplinares. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*. 7(1), 29-43.
- Giannotti, A. (2001) Psicologia nas instituições médicas e hospitalares. In: M. de F. P. Oliveira; S. M. C. Ismael, (Orgs.). *Rumos de psicologia hospitalar em cardiologia* (pp. 21-37). Campinas: Papirus.
- Guareschi, N. (2003). Interfaces entre psicologia e direitos humanos. In: A. Guerra, L. Kind, L. Afonso, M. Prado M. (Orgs.). *Psicologia social e direitos humanos*. Belo Horizonte: Edições do campo social.
- Haguette, T. M. F. (1992) Metodologias qualitativas na sociologia. Petrópolis: Editora Vozes.
- Marinho, R. F., Santos, N. O. & Pedrosa, A. F. (2005). Crenças relacionadas ao processo de adoecimento e cura em pacientes renais crônicos. *Psicologia Hospitalar*. 3(2), p.0-0.
- Minayo, M. C. S. (2004). O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Editora Hucitec.
- More, C. L. O. O. Crepaldi, M. A., Queiroz, A. H., Wendt, N. C., & Cardoso, V. S. (2004). As representações sociais dos psicólogos entre os residentes do programa de saúde da família e a importância da interdisciplinaridade. *Psicologia Hospitalar*, 1(1), 59-75.
- Pinto, F. E. M. (2004). Psicologia hospitalar: breves incursões temáticas para uma (melhor) prática profissional. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, 7(2), 1-12.
- Moscovici, S. (1988). "Notes towards a description of social representations". *Journal of European Social Psychology* 18: 211–250. Organização Panamericana de Saúde (1996)
- Peduzzi, M. (2001). Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Revista Saúde Pública*, 35(1), 103-9.
- Romano, B. W. (1999). *Princípios para a prática da psicologia clínica em hospitais*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Tonneto, A. M., & Gomes, W. B. (2007). A prática do psicólogo hospitalar em equipe multidisciplinar. *Estudos de Psicologia*, 24 (1), 89-98.



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Turato, E. R. (2003). *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa*. Petrópolis:
Vozes.





III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

O recreio como espaço de violência? refletindo sobre intervenções na escola

Renan Meirelles da Silva ¹

Daniela Molke Weisheimer Corrêa ¹

Josiane Lieberknecht Wathier Abaid ^{1 2}

¹ Centro Universitário Franciscano (UNIFRA)

² Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)

RESUMO

A escola como contexto social antes considerado seguro, há muito desperta temor na comunidade em geral quanto à violência entre pares. O propósito do presente trabalho é o de refletir sobre a questão da violência entre pares no ambiente escolar, e o papel da administração escolar em incentivar ações promotoras de saúde e desenvolvimento do aluno e da comunidade. Realizou-se uma revisão exploratória e não sistemática da literatura sobre o tema publicada no Brasil. Concluiu-se que a responsabilidade da escola quanto às ações educativas, sociais e políticas têm de ser re-examinadas considerando-se as representações parciais sobre os atos violentos que ali se reproduzem. O recreio pode servir de contexto promotor de processos proximais e não deve ser negligenciado. Propõem-se reflexões sobre ações preventivas em ambientes educacionais que envolvem a atuação interdisciplinar.

Palavras-chave: Violência; escola; recreio.

INTRODUÇÃO

A violência em geral parece tomar grandes proporções devido a fatores caracterizados não só pela desigualdade, mas pela existência de elites que privatizam a esfera pública e reiteram em suas práticas a ausência de direitos, conforme ressalta Sposito (1998). Ao se fortalecer a impunidade, produz-se como consequência uma sociedade que ao mesmo tempo produz a cultura da violência e também a banaliza (Sposito, 1998; 2001).



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Como parte da violência, aquela que ocorre no âmbito escolar é um reflexo do macrosistema em interação constante com o desenvolvimento de cada indivíduo, como destacado na Teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano, em que se compreender o contexto da escola em toda sua dimensão é importante para averiguar as relações da mesma com as relações pessoais que ocorrem neste contexto ecológico (Bronfenbrenner, 2011; Habigzang, Lampert, De Antoni & Koller, 2004). O tema “violência escolar” tem sido cada vez mais evidenciado na sociedade, sendo motivo de preocupação e investigação em vários segmentos do país.

O desafio de manejar e combater a violência dentro da escola tem sido motivo para intervenções legislativas, como a lei municipal nº 5427, de 14 de janeiro de 2011, que dispõe sobre o desenvolvimento da prática de “antibullying” por instituições de ensino e de educação infantil, públicas ou privadas, com ou sem fins lucrativos no âmbito do município de Santa Maria. Como intervenções executivas, temos o projeto de Justiça Restaurativa que foi elaborado no início do ano de 2011, iniciando suas atividades em julho do mesmo ano, onde o objetivo é introduzir a comunicação sem violência na comunidade escolar (professores e funcionários, alunos, famílias e comunidade) e capacitando a Escola a aplicar as práticas para resolução de conflitos e situações de violência. Tais ações se somam às das equipes diretivas de escolas públicas e privadas em todo o país. Assim, essa é uma das condições concretas em que se dá a organização do trabalho na escola, cujos objetivos enfatizam a educação, enquanto processo social além da escola, enquanto instituição (Russo, 2004).

Considera-se que os atos de violência na escola necessitam de melhor compreensão que subsidie novas intervenções capazes de minimizar seu efeito nocivo ao desenvolvimento dos envolvidos. Dessa forma, o presente trabalho buscou explorar a literatura especializada a respeito da organização escolar e da violência que se (re) produz neste meio, sobretudo no recreio, a fim de refletir sobre intervenções possíveis de serem propostas pela equipe diretiva escolar. Procurou-se, de forma não sistematizada e exploratória, revisar livros e artigos publicados no Brasil.



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

A escola e a violência

Sabe-se que a escola não é mais vista pelos pais e alunos como o “segundo lar” dos estudantes. Em alguns casos, a visão é de um local perigoso, instável, onde não há previsibilidade sobre o que pode acontecer. Esta não é uma característica exclusiva do Brasil, pois existem estudos que apontam para diversos países que sofrem com os atos agressivos e também com o vandalismo ocorridos nas dependências das escolas, como por exemplo, a Argentina, a França, os Estados Unidos, entre outros (Sposito, 1998).

Partindo da realidade em que vivemos hoje, a de uma sociedade contemporânea marcada por mudanças de paradigmas, culturais, socioeconômicas e de valores que implicam necessariamente em uma re-adaptação do indivíduo em seu meio e frente a tantas mudanças, que não deixam de interferir no afeto e no comportamento, o indivíduo em sua unicidade e a própria coletividade têm sentido os efeitos desses impactos, o que conseqüentemente afeta os processos educativos e em especial o ambiente escolar (Sposito, 1998). As principais modalidades de violência nas escolas são as ações contra o patrimônio (depredações, pichações) e formas de agressão interpessoal, sobre tudo entre os próprios alunos (Sposito, 1998).

Um fato bastante presente, onde são manifestados atos de violência física e psicológica, é o *bullying*. Segundo Lisboa, Braga e Ebert (2009) este é o fenômeno pelo qual uma criança ou um adolescente é sistematicamente exposta(o) a um conjunto de atos agressivos (diretos ou indiretos), que ocorrem sem motivação aparente, mas de forma intencional, protagonizados por um(a) ou mais agressor(es). Segundo os mesmos autores, é distinguido de outras formas de agressão pelo caráter repetitivo e sistemático e pela intencionalidade de causar dano ou prejudicar alguém, que normalmente é percebido como mais frágil e que dificilmente consegue se defender ou reverter a situação (Lisboa, Braga, & Ebert, 2009)

No que concerne os espaços físicos da escola, durante o período do recreio, as crianças e adolescentes estão interagindo mais livremente, onde a prática do *bullying* pode manifestar-se mais intensamente. Portanto, o acompanhamento de algum profissional da equipe escolar torna-se indispensável neste momento, para que possa “mediar” os conflitos que por ventura possam tomar uma proporção exagerada.



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Organização Escolar e trabalho interdisciplinar para a promoção de saúde

As organizações são unidades sociais (ou agrupamentos humanos) intencionalmente construídos e reconstruídos, a fim de atingir objetivos específicos. Cabe destacar aqui algumas considerações necessárias para que seja possível uma organização escolar:

- Visão de totalidade, ou seja, uma visão do contexto social, sendo este contexto a sociedade e a organização escolar. Porém é necessária uma visão, um movimento permanente destes dois pólos para que seja garantido que o centro de preocupações se mantenha na organização escolar e que esta indique o que é indispensável saber sobre a sociedade e quando é indispensável.
- Noções sobre estrutura social, isto é, um sistema de relações, uma série de direitos e deveres que unem grupos formando assim a estrutura social.
- A mudança e as suas causas, sendo esta determinada por uma clientela (quantidade) e atendê-la bem (qualidade).
- A relação entre contrários, fato este que não ocorre de forma direta, e sim através da mediação e outros elementos (Alves & Garcia, 2001).

Não se torna possível propor as questões de organização e administração do ensino nos mesmo termos em que o podemos fazer com relação à produção de uma fábrica, isto é, mediante tipificação rígida dos resultados e empregos de procedimentos invariáveis na produção. Educação é vida, reclama espírito criador. [...] Em qualquer hipótese, os administradores devem preocupar-se com a formação básica dos mestres e diretores e seu aperfeiçoamento constante. Isso não só quanto à questão estritamente pedagógica do trabalho, mas quanto à compreensão dos objetivos sociais da escola que, na própria didática, vem a influir. Nesse sentido, o estreitamento de relações entre cada escola e a comunidade local torna-se indispensável (Lourenço Filho, 2007).

Segundo Sposito (2001, p.67):

“(...) a violência observada na escola retraduz parte do ambiente externo em que as unidades escolares operam, particularmente em localidades dominadas pelo crime organizado. No entanto, dada a inexistência de um programa



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

conjunto de pesquisas, torna-se difícil estabelecer comparações entre realidades sociais, culturais e urbanas, compreendendo outras regiões e cidades brasileiras.”

Os administradores, em geral, devem compreender a estruturação e gestão dos serviços escolares, a fim de que possam saber onde, quando, quanto e como devam estes serviços ser estabelecidos e articulados com maior proveito. Porém vale ressaltar que a atuação e a formação dos gestores escolares necessitam de uma reformulação profunda dos pensamentos, pois o avanço da tecnologia e da ciência vem ocasionando novas formas de relações sociais, o que conseqüentemente afeta as escolas, muitas vezes sendo a fonte de inspiração para a violência (Wittman, 2000).

Em suma, sabe-se que o gestor escolar depara-se com uma nova demanda, oriundas de uma sociedade que enfrenta mudanças, sendo assim, é necessário que os educadores, e principalmente os gestores estejam munidos de aptidão e competências para que possam cumprir sua função nessa nova realidade socioeducativa.

Uma vez que a administração escolar é de suma importância para que se possa de alguma forma evitar possíveis atos de violência entre pares, é necessária uma educação adequada, de qualidade e principalmente de respeito ao próximo, tanto entre a comunidade escolar quanto entre os alunos e suas famílias. Um melhor entendimento da relação professor-aluno, aspecto fundamental da relação pedagógica e razão de ser da instituição escolar pode ser uma estratégia que o grupo administrativo da escola formado pelo administrador, coordenador ou supervisor e o orientador ou mediador podem fazer uso.

A palavra organizar, órgão, na origem em latim, significa instrumento. Em sentido amplo, organizar será instrumentar, aparelhar, combinar ou dispor elementos, a fim de que algo bem funcione. Prever, organizar, comandar, coordenar e controlar são as cinco funções essenciais de um administrador, pois sugerem a definição de objetivos e programas, aspectos fundamentais na organização escolar. O principal desafio do administrador escolar não é compreender ‘como’ se administra, isto é, o que se faz na prática, e sim ‘o que é’ aquilo que é administrado. Isso somente ocorrerá no momento em que a concepção de educação e de escola seja clara e coerente na visão do administrador, sendo possível a partir daí organizar e realizar uma gestão do processo educacional.

Portanto, torna-se evidente a necessidade de uma maior integração da equipe multidisciplinar da escola. Através de reuniões possam ser discutidas questões referentes



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

às demandas de diversos setores, tornando assim a equipe multidisciplinar em interdisciplinar, trabalhando todos unidos em prol de uma mesma solução. Além da equipe escolar, a família e a comunidade devem estar a par dos conflitos da escola, tornando-se assim mais viável sua efetividade na resolução.

Recreio X prática de violência e estratégias de enfrentamento

As atividades recreativas realizadas em um ambiente escolar com adequadas dimensões das salas de aula e do pátio, condições básicas de higiene e materiais recreativos e/ou educativos para os momentos de lazer das crianças exercem grande influência na forma de agir dos alunos. Mandarino (2002) apud Prodócimo e Recco (2008, p.67), afirma que:

“No recreio, as práticas de violência, relações de gênero, sociais e econômicas podem ser identificadas como elementos que estabelecem relações de poder”. Estas relações podem levar a manifestações agressivas pela disputa do espaço, pois, ainda segundo este mesmo autor, “os mais velhos tendem a dominar espaços de recreio com práticas desportivas, como o futebol, que marginaliza geralmente as meninas e os rapazes mais novos”.

Sabe-se que na maioria das instituições escolares o recreio tem um intervalo de 15 a 20 minutos, onde muitas vezes os alunos ficam sem um supervisor, pois nesse momento o corpo docente segue para o lanche e assim utilizam o recreio como intervalo de descanso (Prodócimo & Recco, 2008). Esse período costuma ser desprezado por ser “improdutivo” e normalmente é acompanhado por profissionais sem formação na área da educação (Neuenfeld, 2003).

Aqui é importante evidenciar que a falta de disciplina, as discussões, os confrontos, as brigas, as agressões ocorrem em boa parte das vezes pela falta da mediação de um adulto capaz de intervir de forma pro-ativa. É necessário que os profissionais que irão supervisionar este momento de grande importância para o desenvolvimento humano estejam aptos para realizar esta tarefa.



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Segundo Caliman (2005, p27):

“A violência é, em geral, descrita como uma característica da natureza humana. É, pois considerada como momento de reação dos indivíduos diante das ameaças externas ou das frustrações internas. Diante de tais sentimentos – quase sempre negativos – a natureza humana tende a solicitar a interferência da agressividade, para administrar os conflitos interpessoais e intergrupais. A agressividade pode exprimir-se também nas formas da violência, e tende a ser provocada essencialmente por frustrações das necessidades humanas sofridas internamente pelas pessoas”.

Assim, faz-se imprescindível investigar o recreio escolar, por dois motivos básicos: a) averiguar se há ou não necessidade de uma intervenção pedagógica que crie oportunidades para todas as crianças brincarem espontaneamente e b) alertar para a possibilidade de utilizar o recreio, rico pelas suas relações sociais, como espaço de educação para a cidadania (Neuenfeld, 2003).

Diversos estudos evidenciam práticas que resultaram na redução da violência entre pares na escola. Em uma experiência de intervenção realizada por Loos e Zeller (2007), em uma escola pública municipal da cidade de Curitiba, cujo objetivo foi de treinar habilidades sociais e interação interpessoal. Este buscou minimizar os episódios agressivos frequentes na escola, principalmente entre alunos. Foram propostas diversas atividades lúdicas, onde participaram 120 alunos de segundas e terceiras séries e seus respectivos professores. Ao final deste estudo pode-se observar resultados positivos perante os participantes.

Outra experiência, realizada por Vieira, Hansen e Vieira (2009), descreve sobre a importância do profissional da Psicologia se inserir no contexto e escolar, assim como tornar-se próximo dos demais profissionais da escola, das crianças e de suas famílias. Durante o período do estágio pode-se perceber que a posição do estagiário deve ser rotineira, dispondo-se às necessidades da instituição e focado na prevenção. As diversas intervenções puderam ser observadas através da melhora do relacionamento da escola com a família, contribuindo assim para explicitar o papel do psicólogo no contexto escolar, com foco principal na prevenção de saúde mental (Vieira, Hansen, & Vieira, 2009).



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

CONSIDERAÇÕES FINAIS

É essencial ter um ponto de partida sobre o que se tem produzido a respeito da violência entre pares no âmbito escolar além da prática cotidiana e combiná-los para que se possam gerar novos saberes sobre a integralidade e a singularidade das instituições humanas. É preciso manter uma relação dialética da teoria e da realidade, sendo que sempre uma interferirá na outra. Esse trabalho procurou evidenciar as considerações de alguns autores sobre a produção da violência entre pares na escola. Vale ressaltar que no âmbito do binômio pobreza e violência não necessariamente as regiões mais miseráveis do país sejam aquelas que condensam o maior índice de violência (Sposito, 2001). Assim, é fundamental despir-se de preconceitos sobre os atos violentos dentro da escola e assumir-se a responsabilidade compartilhada entre profissionais, estudantes, comunidade, mídia e governo. A interação de crianças e adolescentes no recreio possibilita amplo desenvolvimento social e bioecológico e deve ser investido como dispositivo de promoção da cultura de paz.

REFERÊNCIAS

- Bronfenbrenner, U. (2011). *Bioecologia do desenvolvimento humano: tornando seres humanos mais humanos*. Porto Alegre: Artmed.
- Caliman, G. (2005). Matrizes estruturais e culturais na geração da violência nas escolas. Anais. II Congresso Ibero-Americano sobre Violências nas Escolas. Belém, 26-28 de outubro de 2005. Unama.
- Habigzang, L. F.; Lampert, S. S.; De Antoni, C. & Koller, S. H. (2004). A violência no contexto escolar e a inserção ecológica do psicólogo: Um relato de experiência. In S. H. Koller (Ed.) *Ecologia do desenvolvimento humano: pesquisa e intervenções no Brasil* (p. 355-380). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Lei n. 9.394, de 20 de dezembro de 1996. (1996, 23 de dezembro). Estabelece as Diretrizes e Bases da Educação Nacional. Diário Oficial da União, seção 1.
- Lei Municipal Nº 5427 De 14 De Janeiro De 2011. Dispõe sobre o desenvolvimento da prática de “antibullying” por instituições de ensino e de educação infantil, públicas ou



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

privadas, com ou sem fins lucrativos no âmbito do município de Santa Maria. Prefeitura Municipal de Santa Maria. Disponível em: http://www.camara-sm.rs.gov.br/2010/arquivos/legislacao/LM/2011/LM_5427__ANTIBULLYI.pdf.

Acesso em: 18 mai 2012.

Lisboa, C., Braga, L. De L., & Ebert, G. (2009). O fenômeno bullying ou vitimização entre pares na atualidade: definições, formas de manifestação e possibilidades de intervenção. *Contextos Clínicos*, 2(1)59-71., .

<http://www.contextosclnicos.unisinos.br/pdf/61.pdf>

Lopes, C. S., & Gasparin, J. L. (2003). Violência e conflitos na escola: desafios à prática docente. *Acta Scietiarum*, 25(2), pagina. Disponível em:

<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/ActaSciHumanSocSci/article/view/2192/1363>

Acesso em 13 mai 2012.

Loss, H., & Zeller, T. J. V. (2007) Aprendendo a “Brigar Melhor”: Administração de conflitos sem Violência na Escola. *Interação em Psicologia*, 11(2), 281-289.

Lourenço Filho, M. B. (2007). Organização e Administração Escolar – curso básico. Brasília. Disponível em:

http://www.publicacoes.inep.gov.br/arquivos/%7B3B2D2692-BCAA-40D6-81B5-CA0C34A49F84%7D_MIOLO_cole%C3%A7%C3%A3o_Louren%C3%A7o%20Filho%20n%C2%BA%208.pdf Acesso em 13 mai 2012.

Neuenfeld, D. J. (2003). Recreio Escolar: o que acontece longe dos olhos dos professores? *Revista de Educação Física da UEM*, 14(1), 37-45.

Prodócimo, E., & Recco, K. V. (2008). Recreio escolar: uma análise qualitativa sobre a agressividade entre os estudantes de ensino fundamental. *Anais do Educere* (pp.10564-10575). Disponível em:

http://www.pucpr.br/eventos/educere/educere2008/anais/pdf/290_943.pdf Acesso em

13 mai 2012.

Russo, M. H. (2004). Escola e paradigmas de gestão. *EccoS Revista Científica*, 6(1), 25-42. Disponível em: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/715/71560103.pdf> Acesso em 15 mai 2012.

Sposito, M. P. (1998). A Instituição Escolar e a Violência. *Cadernos de pesquisa*, 104, 58-75.



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Sposito, M. P.(2001). Um Breve Balanço da Pesquisa sobre Violência Escolar no Brasil. *Educação e Pesquisa*, 27(1), 87-103.

Vieira, V., Hansen, J., & Vieira, M. L. (2009). Psicologia Escolar na Educação Infantil: Atuação e Prevenção em Saúde Mental. *Barbarói*, 31, 72-92.

Wittman, L. C. (2000). Autonomia da Escola e Democratização de sua Gestão: novas demandas para o gestor. *Em Aberto*, 17, 88-96. Disponível em: <http://emaberto.inep.gov.br/index.php/emaberto/article/viewFile/1094/995> Acesso em: 14 mai 2012.





**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Oficinas de desenvolvimento de carreira

Clarissa Tochetto de Oliveira ¹

Anelise Schaurich dos Santos ¹

Ana Cristina Garcia Dias ¹

Maira Rafaela Röhrig da Costa ¹

Gênesis Marimar Rodrigues Sobrosa ¹

¹ Universidade Federal de Santa Maria (UFSM)

RESUMO

O objetivo deste trabalho consiste em relatar a experiência de oficinas de planejamento e desenvolvimento de carreira realizadas na Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) no ano de 2011. Foram realizadas seis oficinas abordando os temas: gestão do tempo, elaboração de trabalhos científicos, apresentação oral de trabalhos, estratégias de estudo, elaboração de currículo e comportamento em entrevistas de seleção. Participaram das oficinas oitenta e dois estudantes de ambos os sexos, provenientes de diversos cursos de graduação e pós-graduação da referida universidade. A divulgação foi realizada através do site da universidade e os encontros aconteceram nas dependências da instituição em horário que possibilitasse a participação de alunos com aulas diurnas e noturnas. A partir dos relatos verbais dos participantes, notou-se que as oficinas oferecidas atenderam a uma demanda reprimida dentro da universidade. Os resultados obtidos pelo preenchimento da avaliação indicam que, no geral, as oficinas foram consideradas ótimas ou boas pela maioria dos participantes. Além disso, observou-se que as oficinas contemplaram plenamente as expectativas dos participantes. Entende-se, assim, que as oficinas realizadas obtiveram grande aceitação por parte dos acadêmicos. Acredita-se que esta busca e participação dos universitários se deve, em parte, a dificuldade encontrada na tentativa de conciliar inúmeras atividades, assim como a necessidade de contínuo aprimoramento exigido pelo próprio meio acadêmico. Ademais, as oficinas podem preparar os estudantes comportamental e tecnicamente para lidar com algumas demandas presentes no mundo do trabalho.



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Palavras-chave: estudantes universitários, desenvolvimento de carreira, universidade.

INTRODUÇÃO

A relação entre educação e trabalho vem estreitando-se ao longo dos anos. Enquanto a educação pode formar cidadãos mais conscientes e com capacidade de gerar transformações científicas, tecnológicas e econômicas, o mercado de trabalho espera que as universidades formem profissionais mais generalistas e com experiências desenvolvidas durante a graduação. A questão é como isso está sendo concretizado na formação acadêmica (Gondim, 2002).

Geralmente, o suporte oferecido aos estudantes pelo currículo dos cursos de graduação mostra-se insuficiente para preparação profissional adequada (Teixeira & Gomes, 2004). Nem sempre a universidade une a vida acadêmica dos seus universitários com a experiência profissional destes para prepará-los comportamental e tecnicamente para o mercado de trabalho (Melo & Borges, 2007). Tal situação exige dos alunos uma busca ativa de outras fontes de conhecimento e experiências fora da universidade, motivo que os leva a valorizar atividades extracurriculares. Estas são percebidas como meio de integrar os conhecimentos vistos em aula e como oportunidades para conhecer melhor a própria profissão, iniciando um processo de especificação do projeto profissional, que contribuem para o senso de competência profissional. As atividades de pesquisa na graduação constituem condição necessária, ou no mínimo facilitadora, para estudantes que pensam em seguir carreira acadêmica. Além disso, a pesquisa também é vista como uma possibilidade de estabelecer contatos mais estreitos com professores, o que poderia resultar em futuras facilidades na vida profissional (Teixeira & Gomes, 2004).

No entanto, os universitários podem assumir uma postura passiva frente ao que fazer para qualificar e diferenciar a formação. Como consequência, eles podem se deparar com critérios insuficientes para estabelecer prioridades de carreira e apresentarem habilidades básicas deficitárias para a realização da tarefa de transição para o mercado de trabalho com êxito. Assim, podem não saber elaborar um currículo, buscar emprego ou mesmo quanto solicitar por um serviço prestado. Para aqueles estudantes que aspiram ingressar em um curso de mestrado após a conclusão da graduação, a dificuldade consiste na falta de conteúdo científico no currículo. Se os jovens aprendessem a planejar a sua carreira de



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

acordo com as tendências do mercado de trabalho, provavelmente, reduziriam as suas vivências de angústia e incertezas e, também, se tornariam mais proativos no desenvolvimento de suas carreiras (Teixeira & Gomes, 2004).

Então, torna-se imprescindível que a universidade ofereça um programa de planejamento de carreira e de preparo para o trabalho, alertando os acadêmicos a respeito das diversas alternativas de formação complementares à estrutura curricular básica (Teixeira & Gomes, 2004). O objetivo deste trabalho consiste em relatar a experiência da realização de oficinas que abordam assuntos importantes para a adaptação à universidade e para a transição do meio universitário para o mercado de trabalho. Essas atividades integram o projeto de extensão “Oficinas de Orientação Profissional e Planejamento de Carreira” da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), que visa preparar os universitários da instituição para o planejamento e desenvolvimento de suas carreiras.

MÉTODO

Participantes

Participaram das oficinas 82 estudantes universitários de ambos os sexos. Os alunos eram provenientes de diversos cursos de graduação e pós-graduação da instituição.

Instrumentos e procedimentos

As oficinas foram oferecidas quinzenalmente para, no máximo, 20 participantes. Zelou-se por este número de universitários a fim de assegurar a efetividade das atividades desenvolvidas. As oficinas foram elaboradas e ministradas por estudantes do curso de Psicologia, orientados por um professor do departamento de Psicologia e por uma mestranda do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFSM.

Para o desenvolvimento destas atividades, o projeto contou com o apoio e o suporte da Pró-Reitoria de Assuntos Estudantis (PRAE). Esta foi responsável pela divulgação, pela lista de inscrição, pelo fornecimento do local onde as oficinas foram realizadas e materiais necessários (como data-show, lista de mapeamento e demais instrumentos característicos a cada oficina).



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

A divulgação das oficinas foi realizada através do site da universidade. Os universitários interessados em participar entraram em contato através do correio eletrônico indicado na notícia para ter o seu nome na lista de participantes. Em geral, as oficinas foram realizadas com os 20 primeiros estudantes que manifestaram interesse no momento de divulgação e inscrição das mesmas.

Os encontros aconteceram nas dependências da própria universidade em horário que possibilitasse a participação de alunos com aulas diurnas e noturnas. Durante a oficina, solicitou-se aos participantes que preenchessem uma ficha informando o sexo, a idade, o curso e o semestre em que se encontram para o mapeamento do perfil do grupo de trabalho. O material foi recolhido e acondicionado de modo a manter o sigilo sobre a identidade de cada participante. Ao final das atividades desenvolvidas, os participantes responderam uma ficha de avaliação com o objetivo de promover melhorias para os próximos trabalhos a serem desenvolvidos no projeto.

Foram realizadas seis oficinas no ano de 2011, abordando os temas: gestão do tempo, elaboração de trabalhos científicos, apresentação oral de trabalhos, estratégias de estudo, elaboração de currículo e comportamento em entrevistas de seleção. Optou-se por trabalhar com esses assuntos porque a literatura os cita como dificuldades encontradas por alguns indivíduos para sua adaptação à universidade e para a transição ao mercado de trabalho (Teixeira & Gomes, 2004; Teixeira, Dias, Wottrich & Oliveira, 2008). Outro motivo corresponde à importância desses fatores para o desenvolvimento de carreira, uma vez que muitos universitários estão envolvidos com pesquisa e, invariavelmente, passarão por processos seletivos para estágio de final de curso. Além disso, os tópicos trabalhados correspondem às principais dificuldades apresentadas pelos estudantes nos atendimentos realizados pelo setor psicossocial da PRAE.

As oficinas assumiram o formato de uma apresentação de *PowerPoint* integrada com atividades baseadas no assunto trabalhado. Buscou-se tornar o encontro o mais interativo possível, de forma que os participantes pudessem expressar suas dúvidas e dificuldades sobre o tema perante o grupo.



RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram realizadas seis oficinas no ano de 2011, abordando os temas: gestão do tempo, elaboração de trabalhos científicos, apresentação oral de trabalhos, estratégias de estudo, elaboração de currículo e comportamento em entrevistas de seleção. As seis oficinas foram ministradas com recursos audiovisuais, incluindo tanto apresentação de *slides* quanto utilização de vídeos interativos. Optou-se pela utilização desses recursos, pois eles permitem falar sobre um assunto de forma mais dinâmica e organizada, além de, no caso dos vídeos, estimularem discussões e tratarem sobre múltiplas questões de forma menos cansativa. A partir dos relatos verbais dos participantes, pode-se perceber que as oficinas oferecidas atenderam a uma demanda reprimida dentro da universidade.

Gestão do tempo

Participaram desta oficina seis estudantes universitários. O encontro tinha o intuito de promover a reflexão sobre as dificuldades identificadas na administração do tempo, incentivando mudanças comportamentais para conseguir gerenciar o mesmo com maior qualidade. Foram propostas duas atividades. Na primeira, os estudantes construíram sua agenda semanal para que não só pudessem identificar seus compromissos, mas também para que visualizassem e organizassem as mesmas no papel. A segunda técnica chama-se “matriz de gerenciamento” e corresponde a um questionário que busca investigar as principais dificuldades encontradas por cada indivíduo na administração de seu tempo. Além disso, buscou-se diferenciar compromissos considerados importantes e urgentes de forma a auxiliar no estabelecimento de prioridades. Segundo a avaliação dos participantes obtida ao final da oficina, ela foi considerada ótima por 57,2% destes e boa por 42,8% dos respondentes.

Elaboração de trabalhos científicos

Participaram desta oficina 20 estudantes. O encontro pretendia diferenciar e caracterizar as diversas modalidades de trabalhos científicos, como resumo simples, resumo expandido, trabalho completo e artigo. Além da apresentação de slides sobre esses



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

tipos de trabalho e sobre como organizar as informações de um estudo (em introdução, método, resultados, discussão, conclusão e referências), foi proposto um estudo de caso, preparado pelas coordenadoras da oficina. Havia dois resumos simples para serem analisados individualmente e, posteriormente, discutidos em conjunto, a fim de identificar os elementos utilizados pelos participantes para avaliar um trabalho. A explicitação de critérios de análise buscou gerar uma reflexão sobre os fatores a serem considerados durante a elaboração e submissão de trabalhos acadêmicos. Os participantes avaliaram esta oficina e consideraram-na, de maneira geral, ótima (47,8%), boa (47,8%) e regular (4,4%).

Apresentação oral de trabalhos

Esta oficina contou com a participação de 12 estudantes e visava promover desenvolver e aprimorar competências no que se refere à apresentação oral de trabalhos. Discutiu-se sobre experiências anteriores e os universitários manifestaram suas dúvidas e dificuldades. Os tópicos trabalhados foram: a ansiedade, o medo de falar em público, aspectos associados ao planejamento, preparação e ao momento da apresentação oral. No final, dois modelos de marca páginas contendo dicas foram distribuídos como material auxiliar. A análise das fichas de avaliação da oficina indicou que 57% dos participantes consideraram-na ótima e os 43% restantes consideraram-na boa.

Estratégias de estudo

O propósito da oficina de estratégias de estudo foi auxiliar o aluno a perceber e controlar o processamento da informação. Participaram sete estudantes universitários. Primeiramente, questionaram-se os hábitos individuais relacionados ao estudo e foram apresentadas diversas modalidades de estudo, como estratégias cognitivas (ensaio, colaboração, organização) e organização de recursos (ambiente, tempo, ajuda de terceiros). Após, salientou-se a importância de cada um procurar uma forma que considere mais adequada e eficiente de acordo com as próprias necessidades. Para tanto, foram discutidas as possíveis estratégias a serem utilizadas, bem como a definição de um planejamento, monitoramento e regulação dos estudos. No final, foram oferecidas dicas e indicação de leituras, além da distribuição de material de apoio referente à construção de mapas



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

conceituais. As fichas de avaliação mostraram que os participantes consideraram a oficina ótima (47,8%), boa (47,8%), e regular (4,4%).

Elaboração de currículo e comportamento em entrevistas de seleção

Participaram desta oficina 18 estudantes. Os objetivos deste encontro consistiam em (1) explicar como funciona uma seleção, (2) mostrar o papel do currículo e da entrevista, (3) ensinar a elaborar um currículo e (4) oferecer dicas sobre como se portar em uma entrevista de seleção. Os tópicos abordados referiam-se a três elementos básicos presentes em uma seleção: carta de apresentação, currículo e entrevista. Após explicar quais elementos devem constar no currículo e quais não devem estar presentes, foi solicitado que os participantes elaborassem o seu currículo. Tal atividade alavancou as discussões, uma vez que muitas dúvidas surgiram no momento de execução da tarefa. A partir da análise da ficha de avaliação, constatou-se que 84% dos participantes classificaram esta oficina como ótima, enquanto 16% a consideraram boa.

Através dos resultados obtidos pelo preenchimento das fichas de avaliação, pode-se perceber que, no geral das oficinas realizadas, a quantidade e a qualidade dos instrumentos utilizados nos trabalhos foram consideradas ótimas ou boas pela maioria dos participantes. Além disso, observou-se que as oficinas contemplaram plenamente as expectativas dos estudantes universitários. As atividades propostas, a utilização dos recursos materiais e o fornecimento de materiais auxiliares foram considerados adequados, sendo os mesmos percebidos como facilitadores da aprendizagem proporcionada pela oficina. Salienta-se que alguns participantes consideraram que foram apenas parcialmente atendidos em seus objetivos. Alguns sugeriram que as oficinas pudessem ser mais prolongadas e que alguns temas deveriam ser mais aprofundados.

Sabe-se que a oferta de espaços para atendimento de discentes e a promoção de atividades e serviços para alunos constituem práticas importantes de reconhecimento e facilitadores da relação aluno-instituição (Bardagi & Hutz, 2009). Partindo dessa perspectiva, percebe-se a relevância em propor atividades direcionadas aos aspectos considerados como dificuldades pelos acadêmicos. Ademais, são poucos os programas com este propósito, o que justifica, em parte, a alta procura pelas oficinas e a importância em dar continuidade ao projeto.



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

CONCLUSÃO

As oficinas realizadas ao longo do ano 2011 obtiveram grande aceitação por parte dos acadêmicos. Acredita-se que a busca e a participação se devem, em parte, pela dificuldade encontrada para conciliar inúmeras atividades, bem como pelas exigências do próprio meio acadêmico. Percebe-se, com isso, que os temas abordados nas oficinas vinham ao encontro de algumas necessidades não atendidas destes estudantes.

Além disso, acredita-se que as oficinas auxiliaram na minimização das distâncias de realidade presentes no mundo organizacional e no âmbito universitário, preparando os estudantes comportamental e tecnicamente para lidar com algumas demandas laborais. Acredita-se que essas oficinas possam facilitar a transição do estudante do contexto universitário para o mundo do trabalho, sendo que alguns conhecimentos trabalhados, como a gestão de tempo, podem ser estendidos para outros contextos da vida.

REFERÊNCIAS

- Bardagi, M. P., & Hutz, C. S. (2009). “Não havia outra saída”: percepções de alunos evadidos sobre o abandono do curso superior. *Psico – USF*, 14 (1), 95 – 105.
- Gondim, S. M. G. (2002). Perfil profissional e Mercado de trabalho: relação com a formação acadêmica pela perspectiva de estudantes universitários. *Revista Estudos de Psicologia*, 7(2), 299-309.
- Melo, S. L., & Borges, L. O. (2007). A transição da universidade ao mercado de trabalho na ótica do jovem. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 27(3), 376-395.
- Teixeira, M. A. P., Dias, A. C. G., Wottrich, S., H., & Oliveira, A. M. (2008). Adaptação à universidade em jovens calouros. *Revista Semestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional*, 12(1), 185-202.
- Teixeira, M. A. P., & Gomes, W. B. (2004). Estou me formando... e agora?: Reflexões e perspectivas de jovens formandos universitários. *Revista Brasileira de Orientação Profissional*, 5(1), 47-62.



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Perspectivas de acolhimento em um ambulatório de saúde mental

Kátia Simone da Silva Silveira ¹

Ana Carolina Machado Freitas ²

Maira Rafaela Röhrig da Costa ²

Fernanda dos Santos de Macedo ²

César Augusto Nunes Bridi Filho ³

¹ Faculdade Integrada de Santa Maria (FISMA)

² Universidade Federal de Santa Maria (UFSM)

³ Centro Integrado de Saúde e Bem Estar Social (CIBES)

RESUMO

Uma das possibilidades para edificar novas formas de se fazer saúde seria potencializar o dispositivo acolhimento, articulado ao estabelecimento de vínculo entre usuários, trabalhadores de saúde e gestores do sistema de saúde, em busca da humanização do atendimento. Dessa forma, acredita-se na pertinência de repensar o modo como os usuários estão sendo inseridos no serviço. O acolhimento tem como elemento norteador romper com a lógica cristalizada do serviço de saúde, garantindo que todas as pessoas que buscam o atendimento tenham acesso a escuta, acolhimento, retorno e o suporte na resolução de seus problemas logo que solicitarem. A meta do presente trabalho é buscar subsídios teóricos para auxiliar na formulação de uma proposta de reestruturação da inserção dos usuários no serviço prestado pelo Ambulatório de Saúde Mental, Santa Maria, RS. Buscando os objetivos propostos, realizou-se um levantamento bibliográfico nas produções científicas a respeito de acolhimento no contexto do ambulatório de saúde mental. Foram utilizados como dados de coleta os artigos publicados no periódico da base científica SCIELO. Torna-se relevante ressaltar que acolher é um processo que depende não só da estrutura ou de aspectos físicos do local, mas dos recursos clínicos da equipe, como atender, escutar, avaliar e discriminar as demandas. O modelo de recepção da instituição pode facilitar o processo de implicação do sujeito em seu atendimento, visto que ele é chamado a colocar as questões que o motivam a procurar atendimento no momento em que



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

lançou essa procura. Todavia, acrescenta-se que o modelo sugerido pode funcionar de maneira satisfatória somente a partir da construção da equipe, do estabelecimento de um compromisso com a mudança, o que ocorre por meio de discussões entre os profissionais que efetivamente podem decidir sobre a organização do serviço. Os dispositivos relacionais, como acolhimento, vínculo, co-responsabilização e autonomia, representam possibilidades de se construir uma nova prática em saúde. Compreende-se, então, a saúde por meio de ações comunicacionais, atos de receber e ouvir a população que procura os serviços de saúde.

Palavras-chave: Ambulatório, Saúde Mental, Acolhimento, Usuário.

INTRODUÇÃO

O setor saúde no Brasil tem passado por importantes mudanças com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) (Solla, 2005). Os princípios do SUS (por exemplo: integralidade, universalização e equidade em saúde) podem ser materializados nos serviços, inicialmente, através do processo de acolhimento.

No *Dicionário Prof. Francisco da Silveira Bueno* (1996), o termo *acolher* está relacionado ao “ato de receber; dar acolhida; agasalhar; hospedar; admitir; ter consideração”. Uma das formas de receber o usuário nos serviços públicos de saúde é o acolhimento. Este, por sua vez, se propõe, principalmente, a reorganizar o serviço, no sentido da garantia do acesso universal, resolubilidade e atendimento humanizado (Franco, Bueno & Mehry, 1999).

Segundo Campos (2003, como citado em Jorge, Pinto, Quinderá, Pinto, Souza & Cavalcante, 2011), uma das possibilidades para edificar novas formas de se fazer saúde seria potencializar o dispositivo acolhimento, articulado ao estabelecimento de vínculo entre usuários, trabalhadores de saúde e gestores do sistema de saúde, em busca da humanização do atendimento. Os autores acreditam que o acolhimento permeia toda terapêutica e, desse modo, propicia um cuidado integral ao usuário de saúde. Ainda afirmam que acolhimento e vínculo são decisivos na relação de cuidado entre o trabalhador de saúde mental e o usuário, facilitando a construção da autonomia mediante responsabilização compartilhada entre os sujeitos envolvidos nessa terapêutica.



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Considerando a importância de repensar constantemente os serviços de saúde, o presente trabalho visa apresentar uma proposta de reformulação no sistema de acolhimento do Ambulatório de Saúde Mental da cidade de Santa Maria (RS). Visto que, mesmo a equipe do serviço seja considerada ampla em comparação a outros serviços de saúde mental, ainda não supre a grande demanda de usuários que buscam atendimento. Por conseguinte, acredita-se na pertinência de repensar o modo como os usuários estão sendo inseridos no serviço; considerando que as listas de espera para atendimento são extensas e, por vezes, os sujeitos permanecem por determinado tempo sem a vaga para o atendimento, aumentando além da fila de espera, a angústia pelo tratamento psicológico.

DESENVOLVIMENTO

Percebe-se, portanto, como é fundamental buscar novas estratégias para propor reformulações no atendimento à saúde, que tenham como propósito provocar uma ressignificação das práticas e dos serviços. Ayres (2001, como citado em Gomes & Pinheiro, 2005) sugerem que o sujeito seja entendido no serviço como um ser real, que produz sua história e é responsável pelo seu devir. Todavia, não é o que encontramos na maioria dos serviços públicos de saúde. O paciente é, muitas vezes, dos direitos de humanização que possuiu e da capacidade de saber e decidir sobre seu futuro.

Através do acolhimento que a lógica de organização e funcionamento pode ser invertida dentro de um serviço de saúde. O acolhimento tem como elemento norteador romper com a lógica cristalizada do serviço de saúde, garantindo que todas as pessoas que buscam o atendimento tenham acesso a escuta, acolhimento, retorno e o suporte na resolução de seus problemas. Assim, o médico deixa de ser o principal foco, e o atendimento é deslocado para uma equipe multiprofissional, onde se valoriza as relações entre profissional e usuário, através da solidariedade, responsabilidade e compromisso social (Franco, Bueno & Mehry, 1999).

A convencionada clínica da recepção ou acolhimento estabelece como prioridades algumas direções, assim como: decantar a demanda no sentido de não atender rapidamente ao pedido inicial, relativizar o pedido de medicação apresentando também outras possibilidades, priorizar o diagnóstico da situação sem abrir mão do diagnóstico psicopatológico, assimilando que o primeiro de certa forma contém o segundo. Tais



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

prioridades estabelecem a possibilidade de convocar o sujeito a participar do processo de tratamento, deixando de ser tomado apenas como um depósito de sintomas a serem extirpados pelos profissionais e pela medicação. Dessa forma, o sujeito torna-se um agente na compreensão do processo e adquire poder de conduzi-lo através dos profissionais (Shmidt & Figueiredo, 2009).

Assim, estar disposto a acolher não significa necessariamente se propor a responder uma demanda. Sendo que o objetivo principal de um modelo de acolhimento é poder criar um efeito de escuta nos pacientes, que tanto possibilita uma melhor compreensão diagnóstica, como um melhor delineamento de um possível encaminhamento a ser sugerido. Corroborando com tal idéia, Salinas e Santos (2002) afirmam que “à medida que *damos ouvidos* à demanda, o paciente pode se ver, de imediato, responsável por ela – ou seja, “*fala à instituição*” e recebe desta uma resposta em forma de pergunta; “*o que você quer?*”(p.181)

Em contrapartida ao caráter burocrático e pouco acolhedor da expressão “triagem” (Figueiredo, 1997), o acolhimento está relacionado à humanização do atendimento, consistindo no direito de todas as pessoas terem o acesso. Inclui uma escuta qualificada dos problemas do usuário, devolvendo uma resposta na qual o incumbe na responsabilização de seus problemas. Dessa forma amplia o atendimento para além, estabelecendo vínculos entre o serviço e os usuários (Solla, 2005).

Silva Júnior & Mascarenhas (2004 como citado em Figueiredo & Schmidt, 2009) destacam postura, técnica e princípio de reorientação do serviço como as três dimensões do acolhimento. A postura implica em uma atitude receptiva e humanizada dos profissionais ao receber, escutar e tratar as demandas dos usuários, esse procedimento implica uma relação de interesse mútuo, confiança e apoio. Na segunda dimensão, o acolhimento como técnica aparece na utilização do saber profissional para produzir respostas ao usuário. Quando se fala de uma equipe multiprofissional aparece a articulação de diferentes saberes que buscam superar a fragmentação na busca de construção de novas respostas às demandas emergentes. A terceira dimensão fala na perspectiva de reorientação do serviço como base que norteia o trabalho dos profissionais, a busca de capacitação e o processo em equipe. Um importante modo de organização do serviço e do acompanhamento cotidiano de trabalho é a supervisão, através dela é possível articular o acolhimento tanto como atitude quanto técnica. Em primeiro lugar, é por via do diálogo entre a equipe que se pode



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

pensar e repensar como se está realizando as práticas de trabalho e de que forma se pode aprimorá-las para melhor atendimento aos pacientes.

Para o usuário, o serviço do ambulatório de saúde mental representa uma possibilidade de resignificar muitos de seus conteúdos, através da compreensão e responsabilização em busca de formas para amenizar seus dolorosos conflitos. A maneira na qual o usuário ou o familiar busca o atendimento na saúde mental identifica o quão fragilizado ele se encontra, demonstrando que este tentou com seus próprios recursos, mas estes não foram suficientes. Neste sentido torna-se necessário um acolhimento, considerando que esta procura pode impulsionar um atendimento onde o próprio sujeito direciona (Mangia, Souza, Mattos & Hidalgo, 2002).

OBJETIVOS

A meta do presente trabalho é buscar subsídios teóricos para auxiliar na formulação de uma proposta de reestruturação da inserção dos usuários no serviço prestado pelo Ambulatório de Saúde Mental²⁴, em Santa Maria (Rio Grande do Sul). Pensamos que é essencial repensar as práticas que se constituem nesse espaço, como uma tentativa de evitar possíveis cristalizações, tanto no atendimento como na forma de ver/entender o funcionamento do serviço.

Sugerir maneiras de reorganizar o trabalho realizado permite otimizar os recursos da instituição, construindo um espaço para acolhimento do público interessado, onde os sujeitos sejam priorizados, em detrimento de uma prática massificadora. Para tanto, considera-se relevante buscar na literatura textos referente ao processo de acolhimento, contando com relatos a partir da utilização deste em outros serviços da rede pública do país, como forma de contribuir para reflexão e discussão de tal fenômeno.

MÉTODO

²⁴ O nome oficial do serviço é Centro Integrado de Saúde e Bem Estar Social (Cisbes), porém optamos por nos referirmos a ele nesse trabalho como Ambulatório de Saúde Mental, já que a forma como é chamado por profissionais, usuários e comunidade. E também por retratar melhor o contexto do qual queremos discutir.



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Buscando os objetivos propostos, realizou-se um levantamento bibliográfico nas produções científicas a respeito de acolhimento no contexto do ambulatório de saúde mental. Foram utilizados como dados de coleta os artigos publicados no banco de dados *Scientific Eletronic Library Online*, disponibilizado por meio do site www.scielo.br. Para tal, foi utilizado os descritores *acolhimento*, *ambulatório de saúde mental*, no campo *all indexes* como iniciador da pesquisa de artigos.

Selecionamos somente trabalhos que estão disponibilizados on-line e completos devido ao seu fácil acesso em português. Foram descartados os trabalhos que não são artigos científicos. Após o levantamento, foi realizada a leitura e análise do conteúdo dos artigos levantados, para selecionar aqueles nos quais o *acolhimento* se encontrava como assunto relevante no desenvolvimento do artigo e conectado como o espaço da proposta (Ambulatório).

A leitura dos trabalhos seguirá pela metodologia que consiste em quatro etapas: leitura exploratória, seletiva, analítica e por fim interpretativa. Na leitura exploratória, almeja-se entrar em contato com os textos em sua totalidade para depois realizar uma leitura aprofundada das partes que interessarão no trabalho (leitura seletiva). O passo seguinte será ordenar e sintetizar as informações obtidas, e reconhecer a idéia central dos artigos e elaborar sínteses (leitura analítica). No final, fazer a leitura interpretativa, procurar estabelecer conexões entre os assuntos dos textos que serão pesquisados, agrupando-os e conferindo um alcance ampliado dos resultados que serão obtidos na leitura analítica. Dessa forma serão analisados os artigos de acordo com as áreas das revistas em que estão publicados, objetivos e o método do estudo nos quais são constituídos (Gil, 1999).

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Atualmente, o caminho que um usuário percorre dentro do serviço do ambulatório pode ocorrer de maneiras distintas, de acordo com o encaminhamento feito por outro serviço de saúde, seja para a psicologia ou para a psiquiatria. A forma como o paciente é inserido se dá por meio de processos diferentes e independentes, passando por uma triagem psicológica (realizada por profissionais e estagiários da psicologia) ou por uma triagem psiquiátrica (realizada pela enfermeira e pela residente em enfermagem). Desde a entrada no ambulatório, então, a caminhada até o psicólogo ou médico é distinta, bem como quanto



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

aos cadastros, listas de espera, triagens, prontuários. A triagem da psicologia ainda é dividida por idade (crianças, adultos e idosos), pois há profissionais que se dedicam ao trabalho com uma faixa etária específica.

A primeira mudança sugerida foi de nomenclatura, preferimos trocar o termo ‘triagem’, o qual significado remete à seleção, escolha, separação, pelo termo ‘acolhimento’ que traz mais uma noção de humanização do atendimento. Como refere Solla (2005) o acolhimento pressupõe a garantia de acesso a todas as pessoas, a escuta qualificada, responsabilizando-se pela resolução do problema. Percebe-se a importância da diminuição do tempo de espera do usuário desde o primeiro contato com o serviço até o acolhimento. Mesmo que ainda haja fila de espera para o atendimento, a pessoa pode criar um vínculo com o serviço e também sentir-se pertencente a esse lugar, fato extremamente importante se pensado na parcela da população atendida, que muitas vezes por sofrer estigmatizações, não encontra um lugar que a aceite. Autores como Perfeito e Melo (2004) mencionam que o simples acolhimento já tem significado importante para muitas pessoas. Pressupõe-se que no acolhimento haja uma disposição afetiva do psicólogo, uma atitude de escuta que visa receber, aceitar, em que a expressão do sofrimento já proporciona alívio ou mesmo certa clareza em relação à situação vivida, criando condições para modificá-la (Perfeito & Melo, 2004).

Shmidt e Figueiredo (2009) apontam que o acesso e o acolhimento estão interligados, pois é a forma como se constitui o serviço que potencializa ou não esse acesso, e o modo como o acolhimento é feito é determinante para os desdobramentos do atendimento. Portanto, é necessário ressaltar que acolher é um processo que depende não só da estrutura ou de aspectos físicos do local, mas dos recursos clínicos da equipe, como atender, escutar, avaliar e discriminar as demandas.

Após nos aprofundarmos e debatermos a temática do acolhimento, notamos também, a importância de diminuirmos o tempo de espera para o primeiro contato serviço-usuário. Sendo assim, decidimos estipular horários fixos para acolhimentos todas as semanas, acreditando que dessa forma a recepção ao usuário e posterior atendimento terão, desde o início, melhor qualidade. Conforme, Salinas e Santos (2002), esse modelo de recepção da instituição pode facilitar o processo de implicação do sujeito em seu atendimento, visto que ele é chamado a colocar as questões que o motivam a procurar atendimento no momento em que lançou essa procura. Relacionando essa afirmação ao



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

atual contexto do ambulatório, percebemos que muitas pessoas quando chamadas para a triagem já não manifestam interesse pelo atendimento, outras relatam que o que as motivou a procurar o serviço já passou e dessa forma, por vezes, não se implicam no atendimento. O atual modelo de triagem é questionado devido a um grande número de pessoas na lista de espera, que não estão vinculadas ao serviço e que, por vezes, esperam meses para ter uma primeira escuta, e ao fato de que nem todos os inscritos mantêm a procura, deixando de comparecer na data agendada. Vale ressaltar que não significa que a demanda sumiu e o sujeito está melhor, pode justamente ocorrer o contrário, e o sujeito interioriza o problema. O ideal seria que o sujeito fosse atendido no momento em que procurou o serviço, porque provavelmente é quando ele se permitiu e conseguiu falar sobre suas questões.

Além de considerar a importância da participação da equipe como forma de garantir o funcionamento do modelo de acolhimento, acrescenta-se a necessidade de apoio da gestão. Franco, Bueno e Mehry (1999) indicam que o acolhimento só é possível se a gestão for participativa, baseada em princípios democráticos e de interação entre a equipe, o que pressupõe a adesão dos trabalhadores. Percebe-se, então, que o modelo sugerido pode funcionar de maneira satisfatória somente a partir da construção da equipe, do estabelecimento de um compromisso com a mudança, o que ocorre por meio de discussões entre os profissionais que efetivamente podem decidir sobre a organização do serviço.

CONCLUSÕES

Ao potencializar a relação entre sujeitos, a ênfase no processo relacional incorpora estratégias de aproximação e efetivação de uma prática resolutiva e voltada para o modo de vida de cada usuário. No processo de escuta e acolhimento, o que se desvela é um ato de interpretação mútua entre o que o serviço pode oferecer e o que usuário deseja em sua vida cotidiana (Jorge *et al*, 2011).

Salinas e Santos (2002) colocam que quando ocorre o primeiro contato a nível mais imediato evita-se a criação e manutenção de vastas filas de espera, que habitualmente se formam devido ao excedente de demanda. Os autores acrescentam que esse contato inicial serve como espaço de fala para o paciente, e que, por si só, pode aliviar a angústia e permitir verificar quem de fato manterá a demanda – enquanto sujeito desejante. Percebe-



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

se que a busca pela responsabilidade do paciente quanto à procura de atendimento é um eixo central no processo. Trata-se de responsabilizar o sujeito em seu tratamento, levando em conta a relação que ele estabelece com seu sintoma.

Os dispositivos relacionais, como acolhimento, vínculo, co-responsabilização e autonomia, representam possibilidades de se construir uma nova prática em saúde. Passa-se, então, a compreender a saúde por meio de ações comunicacionais, atos de receber e ouvir a população que procura os serviços de saúde, dando respostas adequadas a cada demanda em todo o percurso da busca, desde a recepção e o atendimento individual ou coletivo, até o encaminhamento externo, retorno, remarcação e alta. (Santos *et al*, 2007, como citado em Jorge *et al*, 2011)

Evidencia-se, a partir da análise do trabalho no Ambulatório de Saúde Mental e da revisão bibliográfica realizada, que a forma de produção da saúde é possibilitada pela articulação da equipe. É preciso que profissionais estagiários e gestores se unam para debater e refletir como está sendo realizado a inserção dos sujeitos nos serviços de saúde e como tal processo pode ser aperfeiçoado. Além disso, pensando em um modelo ideal, seria imprescindível a participação da comunidade na articulação dos elementos que possibilitem a reconstrução dos serviços públicos de saúde.

REFERÊNCIAS

- Bueno, F. S. (1996) *Minidicionário da língua portuguesa*/Francisco da Silveira Bueno; Ed. rev. e atual. por Helena Bonito C. Pereira, Rena Signer. – São Paulo: FTD: LISA.
- Figueiredo, A. C. (1997) *Vastas Confusões e Atendimentos Imperfeitos: A Clínica Psicanalítica no Ambulatório Público*. 3ª Ed. Rio de Janeiro: Relume- Dumará
- Franco, T. B.; Bueno, W. S.; Mehry, E. E. (1999) O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 15(2):345-353, abr-jun. Recuperado 13 maio, 2012, em <http://www.scielo.br/pdf/csp/v15n2/0319.pdf>.
- Gil, A. C. (1999) *Métodos e Técnicas de Pesquisa Social*. 5 ed. São Paulo: Atlas.
- Gomes, M. C. P. A; Pinheiro, R. (2005) Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. *Interface - Comunic.*,



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

- Saúde, Educ.*, v.9, n.17, p.287-301, mar/ago. Recuperado 13 maio, 2012, em <http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n17/v9n17a06.pdf>.
- Jorge, M. S. B.; Pinto, D. M.; Quinderá, P. H. D.; Pinto, A. G. A.; Souza, F. S. P. & Cavalcante, C. M. (2011) Promoção da Saúde Mental – Tecnologias do Cuidado: vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(7):3051-3060. Recuperado 13 maio, 2012, em <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n7/05.pdf>.
- Mangia, E. F.; Souza, D. C.; Mattos, M. F. & Hidalgo, V. C. (2002) Acolhimento: uma postura, uma estratégia. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo* [online]. vol.13, n.1, pp. 15-21. ISSN 1415-9104. Recuperado 14 maio, 2012, em
- Perfeito, H. C. C. S.; Melo, S. A. (2004) Evolução dos processos de triagem psicológica em uma clínica-escola. *Rev. Estudos de Psicologia*, PUC-Campinas, v. 21, n. 1, p. 33-42, janeiro/abril. Recuperado 13 maio, 2012, em <http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v21n1/a03v21n1.pdf>.
- Salinas, P. & Santos, M. A. (2002) Serviço de triagem em clínica-escola de psicologia: a escuta analítica em contexto institucional. *Psyché*, año/vol. VI, número 009, Universidade São Marcos, São Paulo, Brasil, pp. 177-196. Recuperado em 13 maio, 2012, em <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=&p&nextAction=lnk&exprSearch=353570&indexSearch=ID>.
- Shmidt, M. B.; Figueiredo, A. C. (2009) Acesso, acolhimento e acompanhamento: três desafios para o cotidiano da clínica em saúde mental. *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.*, São Paulo, v. 12, n. 1, p. 130-140, março. Recuperado em 13 maio, 2012, em <http://www.scielo.br/pdf/rlpf/v12n1/a09v12n1.pdf>.
- Silveira, D. P.; Vieira, A. L. S. (2009) Saúde mental e atenção básica à saúde: análise de uma experiência no nível local. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(1):139-148. Recuperado 13 maio, 2012, em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232009000100019&script=sci_arttext.
- Solla, J. J. S. P. (2005) Acolhimento no sistema municipal de saúde. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.*, Recife, 5 (4): 493-503, out./dez. Recuperado 13 maio, 2012, em <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v5n4/27768.pdf>.



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

**Proibicionismo e psiquiatrização do uso de crack na contemporaneidade:
“anormalidade descontrolada”?²⁵**

Moises Romanini ¹

¹ Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)

RESUMO

O uso de drogas é uma prática antiga e universal, sendo as mesmas consideradas fonte de interesse, atração, medo, entre outros sentimentos e significados culturais que as mesmas provocam nos indivíduos. Atualmente, a questão do uso de drogas, especialmente do crack, entrou na pauta das discussões de saúde e segurança pública, visto que o uso inadequado de substâncias psicoativas tem sido representado como uma grave ameaça à saúde de inúmeros brasileiros e relacionado, principalmente na mídia, à elevação dos índices de violência e criminalidade em nossa sociedade. Tomando como referencial os estudos da Psiquiatria Transcultural e o arcabouço teórico da Psicologia Social Crítica, esse trabalho propõe uma reflexão sobre o uso do crack nas sociedades contemporâneas. Como tal objetivo é demasiadamente amplo, adotou-se como ponto de partida a discussão sobre normalidade e anormalidade e as dimensões do comportamento social proposto por Cecil Helman. Conclui-se, após a análise teórica realizada, que o lugar ao qual o usuário de crack está destinado, por meio do entrelaçamento dos discursos médicos – psiquiatrização – e jurídico/legalistas – proibicionismo, é o da “anormalidade descontrolada”, restando-lhe como último recurso as internações compulsórias, como medida de tratamento e também punição.

Palavras-Chave: Psicologia Social; Drogas; Saúde/Doença; Anormalidade.

²⁵ Trabalho desenvolvido na disciplina “História da Saúde”, no Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFSM.



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

INTRODUÇÃO

Desde a pré-história diferentes “drogas” vêm sendo usadas para uma ampla gama de finalidades, estendendo-se de um emprego lúdico, com fins prazerosos, até o desencadeamento de estados de êxtase místico/religioso. Destaca-se também o seu uso para fins curativos, seja em práticas religiosas, seja no contexto médico-científico da atualidade (MacRae, 2010). O uso de drogas, portanto, é uma prática antiga e universal, sendo as mesmas consideradas fonte de interesse, atração, medo, entre outros sentimentos e significados culturais que as mesmas provocam nos indivíduos. Assim, dependendo do momento histórico, da cultura predominante de cada época, o uso de drogas pode ser encarado de diversas maneiras, sendo visto, ora como um problema ou doença, ora como uma solução, ou mesmo cura (Bucher, 1992; MacRae, 2010; Helman, 2009b).

No final do século XIX, no esteio de uma nova ordem médica - organização de corporações médicas, por exemplo – (Pickstone, 2008), o uso de drogas passou a ser problematizado e o seu controle foi gradualmente deslocado da esfera religiosa para a da biomedicina. Essa mudança de esfera de controle das drogas nas sociedades refletiu na mudança de enfoque em aspectos de ordem religiosa e moral para a concentração em aspectos farmacológicos dessas substâncias (MacRae, 2010). O termo “psicoativo”, nesse contexto, torna-se um dos sinônimos da palavra “droga”: são substâncias que modificam o estado de consciência, humor ou sentimento de quem as usa – tal modificação pode variar de um estímulo leve, como o provocado por uma xícara de café, até alterações mais intensas na percepção do tempo, espaço e do próprio corpo, como as provocadas por alucinógenos, maconha, cocaína e crack, por exemplo (Simões, 2008).

O sentido da palavra droga tem significado, dessa forma, qualquer substância psicoativa ilícita (maconha, cocaína, crack, heroína, LSD, etc.), “cujo uso é tido necessariamente como abusivo e que são alvo dos regimes de controle e proibição” (Simões, 2008, p.14). Simões ainda nos lembra que, nas sociedades contemporâneas, “o uso de “drogas” assumiu as proporções de uma preocupação central no debate público, principalmente por sua representação unilateral como perigo para a saúde pessoal e coletiva e por sua associação imediata com a criminalidade e a violência urbana.” (p.14).

Portanto, a questão do uso de drogas nas sociedades contemporâneas, especialmente do crack, entrou na pauta das discussões de saúde e segurança pública, visto que o uso



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

inadequado de substâncias psicoativas tem sido representado como uma grave ameaça à saúde de inúmeros brasileiros e relacionado, principalmente na mídia, à elevação dos índices de violência e criminalidade em nossa sociedade (Brasil, 2005; Romanini, 2009). Tal constatação revela a importância de realizar uma reflexão mais atenta sobre o que tem sido denominado de “a epidemia do crack”.

Tomando como referencial os estudos da Psiquiatria Transcultural (Helman, 2009a) e o arcabouço teórico da Psicologia Social Crítica (Guareschi, 2009), esse trabalho pretende, então, propor uma reflexão sobre o uso do crack nas sociedades contemporâneas. Como tal objetivo é demasiadamente amplo, adotou-se como ponto de partida a discussão sobre normalidade e anormalidade e as dimensões do comportamento social proposto por Cecil Helman (2009a). Após uma breve explicitação do modelo das dimensões do comportamento social (normalidade *versus* anormalidade; controlado *versus* descontrolado), pretende-se reformular esse modelo a partir da apresentação de elementos sobre o proibicionismo e a psiquiatrização do uso de drogas e, especificamente, do uso de crack na atualidade.

As dimensões do comportamento social

A psiquiatria transcultural ou psiquiatria cultural é “o estudo e a comparação da doença mental e de seu tratamento em diferentes culturas e grupos sociais” (Helman, 2009a, p.221), sendo uma das principais ramificações da antropologia médica e considerada uma fonte valiosa de reflexões sobre a natureza da saúde e da doença em diferentes contextos. Ela se concentra principalmente no “desconforto” mental (*illness*), e não na doença mental (*disease*). Ou seja, preocupa-se menos com os aspectos orgânicos dos distúrbios do que com os aspectos psicológicos, comportamentais e socioculturais associados a eles (Helman, 2009a).

Nesse sentido, torna-se fundamental analisar o que Helman (2009a) denomina de *dimensões do comportamento social* quando estamos investigando processos de saúde e doença em diferentes grupos sociais. A figura 1 representa a variedade de percepções possíveis, pelos membros de uma determinada cultura, sobre uma forma particular de comportamento: “se eles vêem esse comportamento como “normal” ou anormal para sua



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

sociedade e se ele é controlado ou não pelas normas, ou regras dessa sociedade” (pp.221-222).

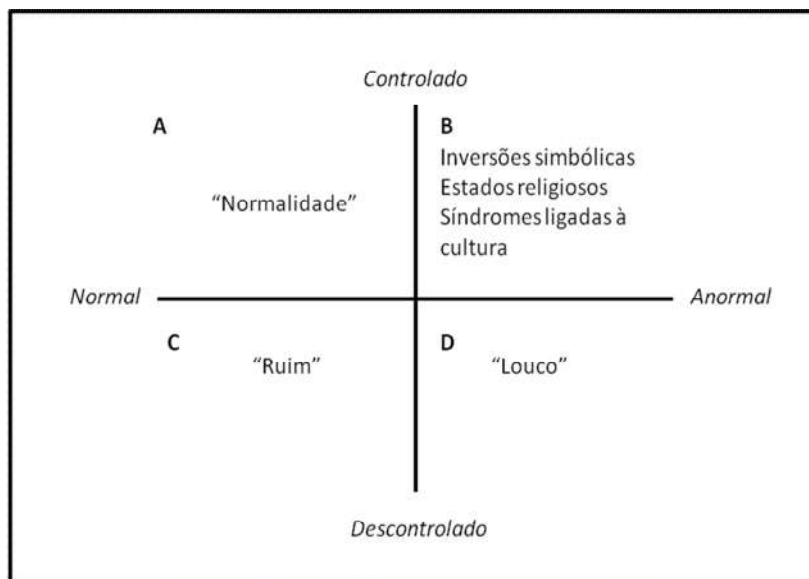


Figura 1. Percepções do comportamento social

Fonte: Adaptado de Helman, 2009a, p.222

Deve-se enfatizar, entretanto, que “essas zonas, bem como as definições de comportamento que elas abrangem, *não são* estáticas. Ao contrário, elas são uma série de categorias fluidas, um espectro de possibilidades, que provavelmente mudam de acordo com o tempo, com as circunstâncias e com a perspectiva de quem vê” (Helman, 2009a, p.222). Como podemos constatar na figura, dois eixos formam quatro possíveis formas de perceber o comportamento social: no eixo horizontal há a divisão entre o que é considerado normal e anormal; e no eixo vertical tem-se a divisão entre o que é controlado e descontrolado.

As definições de “normalidade”, bem como as definições de “saúde”, variam conforme a cultura, sociedade e contexto sócio-histórico, podendo, em muitas circunstâncias, haver uma sobreposição entre ambos. Helman (2009a) aponta que, numa abordagem reducionista, o limite entre normalidade e anormalidade é definido a partir de sinais físicos de disfunção cerebral que precedem o diagnóstico de uma doença mental. Contudo, a autora propõe outro modo de examinar a questão, as definições sociais de normalidade e anormalidade, que “baseiam-se em crenças compartilhadas dentro de um grupo de pessoas em relação ao que constitui o modo ideal, “adequado”, de os indivíduos conduzirem suas vidas em relação aos demais” (p.222).



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

A “normalidade”, então, é definida a partir de uma série de grupos de atributos (comportamento, vestimenta, adornos corporais, higiene pessoal postura, estado emocional, etc.), sendo que cada grupo é apropriado a um tipo particular de contexto, como trabalho, lazer ou relacionamentos pessoais. Nesse sentido, o comportamento “normal” no local de trabalho é diferente daquele em uma cerimônia religiosa ou dentro da própria casa. É importante ressaltar, contudo, que a definição social de normalidade nunca é uniforme dentro de uma sociedade, haja vista que a maioria das culturas possui uma ampla variedade de normas sociais conforme diferentes grupos etários, gêneros, ocupações, posições sociais e minorias culturais (Helman, 2009a).

A seguir, são apresentados os desdobramentos da construção dos eixos vertical e horizontal desse modelo de percepções do comportamento social: a) “Normalidade” controlada; b) Anormalidade controlada; c) Anormalidade descontrolada; e d) Normalidade descontrolada. Esses quatro espectros serão discutidos tendo como pano de fundo a questão das drogas na atualidade e, mais especificamente, a questão do crack.

A lógica do proibicionismo: controlado *versus* descontrolado

A definição de uma substância como “droga” depende, em última instância, não de suas propriedades farmacológicas, mas do modo como o Estado decide tratá-la (Becker, 2001 *apud* Simões, 2008). Declarada pelo governo de Richard Nixon (Estados Unidos), em 1972, a *guerra às drogas* tornou-se a tônica na abordagem internacional da questão das substâncias psicoativas ilícitas (Rodrigues, 2003). Nessa época, o tema do controle mundial das “drogas” havia alcançado um nível de alta regulamentação, cujo documento maior era a Convenção Única da ONU sobre Psicotrópicos, de 1961. Esse tratado sintetizou uma série de convenções que, desde o Congresso de Xangai, em 1909, vinha elaborando restrições à livre produção, venda e consumo de drogas estimulantes, como a cocaína, e narcóticas, como os opiáceos (Rodrigues, 2003).

O principal objetivo das normas internacionais acordadas nessas convenções era o banimento de todo uso que não fosse considerado para fins médicos. O objetivo expresso da lógica proibicionista, então, é a erradicação do uso de qualquer droga que altere a consciência ou a percepção da realidade. Ou seja, nessa perspectiva, até mesmo psicoativos



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

legais como o álcool e o tabaco caminham para uma situação de controle que beira à proibição total (Rodrigues, 2003).

Impressa a marca da política externa dos Estados Unidos, principalmente através da defesa da elaboração de legislações antidrogas restritivas, a estratégia dessa política consistia basicamente na identificação de países-fonte – *agressores* – e países-alvo – *vítimas* das máfias globais. A guerra às drogas, dessa forma, foi delineada como uma postura dirigida à exteriorização do problema da produção de psicoativos e à repressão interna a consumidores e organizações do narcotráfico. Dispositivos como disciplinarização, vigilância e confinamento foram e continuam sendo utilizados para reprimir e controlar grupos sociais ameaçadores à ordem interna (Rodrigues, 2003).

Contudo, a constatação do governo norte-americano da adoção de psicoativos entre jovens brancos soou como alarme para os defensores da erradicação do uso de tais substâncias. Como o objetivo era banir o uso, o esforço não poderia recair apenas nos guetos. A “contaminação” causada pelas drogas espalhava-se pelo corpo social (Rodrigues, 2003).

Entende-se, portanto, que a medicalização e a criminalização do uso “leigo” de determinadas substâncias foram os principais meios pelos quais as sociedades modernas construíram o “problema das drogas”. O tão veiculado e debatido “problemas das drogas” nos remete, de fato, ao

problema mais amplo dos códigos de aceitação e de rejeição de determinadas substâncias, das condições pragmáticas nas quais se dá a definição, aplicação e transformação de categorias classificatórias por meio das quais a existência, a concepção e os usos de determinadas substâncias ganham sentido e eficácia na vida social. Uma determinada substância química se torna uma “droga” em um determinado contexto de relações entre atividades simbólicas e o ambiente, em que operam saberes e poderes (Simões, 2008, p.17).

Além de uma construção simbólica e social, vemos que o consumo de substâncias como o álcool e o tabaco é aceito com “normalidade jurídica e social” (SONU, 2010), enquanto que o uso de substâncias como a maconha, cocaína e o crack é social e juridicamente condenável. Nesse sentido temos o confronto entre o controlado e o descontrolado, entre o lícito e o ilícito, entre o legal e o ilegal. Tais dicotomias constituem



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

o eixo vertical que divide as percepções do comportamento social em relação às drogas. Nesse momento da discussão, precisamos considerar o caráter dúbio conferido a substâncias como o álcool e o tabaco (Helman, 2009b), pois eles são considerados “drogas legais” ou “lícitas”.

Entretanto, o uso dessas “drogas” pode ser considerado descontrolado, e até mesmo ilegal (como é o caso quando uma pessoa dirige embriagada ou fuma um cigarro em local proibido por lei), dependendo do contexto sócio-histórico-cultural no qual está inserido. As demais drogas, como a maconha, cocaína e o crack, não apresentam essa dubiedade: seu uso é considerado “descontrolado”, “ilícito” ou “ilegal” independentemente do contexto, sendo tal deliberação tomada verticalmente e amparada num aparato jurídico-institucional considerado legítimo pela sociedade.

A psiquiatria do uso de drogas: normalidade *versus* anormalidade

Muitos são os termos empregados para designar os transtornos relacionados ao uso de substâncias: “alcoolismo”, “dependência química”, “drogadição” e “adição” são os mais comuns de serem utilizados no senso comum. Já a quarta edição do *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* (DSM-IV-TR, 2000), descreve e classifica os transtornos relacionados a substâncias em dois tipos principais, a saber: a) aqueles induzidos por substâncias e b) aqueles relacionados às substâncias.

Os transtornos induzidos por substâncias parecem ser resultados diretos do uso de substâncias psicoativas, como intoxicação, sintomas de abstinência, psicose, entre outros. Esses transtornos são, geralmente, tratados clinicamente. Quanto aos transtornos relacionados ao uso de substâncias, o DSM-IV-TR (2000) os divide em outros dois tipos: o abuso e a dependência.

O abuso de substâncias é considerado menos grave do que a dependência, sendo pautado pelo “uso repetido da droga em situações nas quais a utilização é potencialmente prejudicial a si ou aos outros, ou apesar do conhecimento de que causa ou está associado a problemas sociais e psicológicos significativos” (Rotgers & Nguyen, 2008, p.275). Os critérios para abuso de substâncias, conforme o DSM-IV-TR (2000), incluem prejuízo de funções (ausência no trabalho ou nas obrigações domésticas), uso nocivo (como dirigir intoxicado), problemas legais relativos ao uso e problemas sociais ou interpessoais



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

decorrentes deste. Para o diagnóstico de abuso de substâncias, um dos critérios citados anteriormente deve estar presente por mais de um ano, sendo que o paciente nunca ter preenchido os critérios para dependência de substâncias nesse período.

A dependência, por sua vez, é mais grave e, conceitualmente, aproxima-se mais daquilo que comumente é chamado de “vício”. Ela exige que o uso da substância tenha criado três ou mais consequências negativas na vida da pessoa ao longo de 12 meses. Dentre essas consequências (critérios), destacam-se: tolerância aos efeitos da substância; sintomas de abstinência ou uso da substância para evitá-la; a substância é consumida em quantidades maiores ou por períodos mais longos do que fora intencionado; grande parte do tempo é gasta usando e obtendo a substância ou recuperando-se dos efeitos de seu uso; a pessoa desiste de atividades sociais, laborais ou recreativas importantes para usar a substância ou por causa de seu uso; entre outros (DSM-IV-TR, 2000).

Apesar da ampla aceitação dessa categoria diagnóstica, o DSM, enquanto sistema classificatório da psiquiatria ocidental, tem recebido inúmeras críticas. Em 1952, quando sua primeira edição foi publicada, 106 categorias diagnósticas foram listadas e o livro tinha 129 páginas, enquanto que o DSM-IV de 1994 tinha um total de 357 categorias e tem, atualmente, 900 páginas. O crescimento tanto do número de categorias diagnósticas quanto do número de páginas do livro, serve como ilustração para o que alguns críticos têm chamado de aumento da “medicalização” do comportamento humano (Helman, 2009a).

Ou seja, há uma tendência a classificar cada vez mais tipos de comportamentos, antes considerados como “normais ou ruins” (conforme a figura 1), dentro da zona da “anormalidade controlada”. Constata-se também mudanças na definição de comportamentos desviantes que eram considerados “ruins” para “loucos”, exigindo assim tratamento ao invés de punição. Com o alcoolismo e outras formas de dependência, ao serem inseridos em uma categoria diagnóstica do DSM, ocorreu essa passagem de um modelo moral para um modelo médico.

Essa acepção do uso de “drogas” como um abuso de psicoativos ilícitos ou dependência química, gera sérios inconvenientes que se relacionam diretamente com o que chamei anteriormente de “lógica proibicionista”:

ela confina a discussão ao âmbito da patologia da drogadição: “drogas” seriam substâncias usadas por “viciados” ou “dependentes” e, por conta disso, acarretam graves problemas à saúde pessoal e à ordem



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

pública. Em consequência, a própria existência de “drogas” é tida unilateralmente como um perigo em si, uma ameaça à sociedade. Compõem-se assim o cenário familiar da “guerra às drogas” com sua sequência de estigmatização, violência, cinismo e estreiteza intelectual, numa espécie de espiral viciosa que naturaliza a ilegalidade e potencializa a repressão (Simões, 2008, p.14).

Além de tudo isso, origina-se dessa classificação do DSM a auto-denominação “sou dependente químico” e o consenso de que a dependência é uma doença crônica, incurável, e que deva ser tratada como tal – pautada nos discursos e saberes médico-psiquiátricos. Temos, dessa forma, o eixo horizontal do esquema proposto nesse trabalho: a normalidade *versus* anormalidade. Os eixos vertical e horizontal, como tentei explicitar, são mutuamente complementares e interdependentes.

Da intersecção desses eixos, temos os quatro planos citados anteriormente e agora adaptados a partir do que foi debatido até então:

- A) “Normalidade Controlada”: comportamentos socialmente aceitos e juridicamente legais. Como exemplos, podemos pensar no “uso social” de álcool em comemorações e festas, o uso do tabaco em locais permitidos, e a prescrição de medicamentos por médicos;
- B) “Anormalidade Controlada”: ainda dentro da idéia de legalidade e licitude, prevê o uso de substâncias em rituais, cerimônias religiosas. Podemos também pensar em situações nas quais uma pessoa abusa do álcool em uma festa. A embriaguez é condenada socialmente (“beba com moderação”), mas a “droga” usada é classificada como “lícita”;
- C) “Anormalidade descontrolada”: no diagrama inicial, o “louco” ocupa esse espaço. Na seção seguinte, será problematizado este “lugar” como sendo, atualmente, do usuário de crack (e também a construção de um novo diagrama);
- D) “Normalidade descontrolada”: os comportamentos são classificados como “ruins” ou “criminosos”. Seguindo o exemplo da embriaguez, essa mesma pessoa resolve dirigir embriagada e sofre um acidente envolvendo outras pessoas. Essa pessoa, culpada pelo crime, seria vista como culpada, porém “normal”.

A seguir, alguns elementos relativos ao “problema do crack” serão apresentados com intuito de problematizar o lugar de “anormalidade descontrolada”.



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

O uso de crack: anormalidade descontrolada?

Os discursos midiáticos (por exemplo, a campanha “Crack, nem pensar”) e as atuais medidas do Ministério da Saúde para ampliar a rede de atenção a usuários de crack (Brasil, 2010), nos fazem pensar que o “problema das drogas” se transformou no “problema do crack”, sendo inclusive divulgado como epidemia do crack. No início da década de 80, pesquisadores americanos descreveram uma nova e potente forma de uso de cocaína - a inalação do vapor expelido da queima de pedras, produzidas a partir do “cozimento” da pasta base combinadas com bicarbonato de sódio (Kessler & Pechansky, 2008).

A história do crack no Brasil seguiu uma trajetória semelhante a dos Estados Unidos, porém com um atraso de aproximadamente 10 anos. Os primeiros relatos sobre o consumo de crack surgiram em 1989 entre crianças que viviam nas ruas do centro de São Paulo (Horta et al., 2009). Hoje, a mídia brasileira tem relatado casos de uso de crack também nas classes média e alta, mas ainda faltam evidências científicas de que esse índice seja alarmante (Kessler & Pechansky, 2008). Em 2008, foi publicada uma revisão sobre o perfil dos usuários de crack brasileiro, confirmando que realmente a maior parte dos usuários é jovem, de baixa renda e do sexo masculino (Duailib et al., 2008).

Para Leite et al. (1999) e publicações da SENAD (2006), o consumo de crack produz um aumento rápido de cocaína no sangue, causando efeitos psíquicos. Os efeitos iniciais observados no usuário de crack são euforia, sensação de bem-estar e desejo de repetir o uso. Porém, a continuidade do uso pode levar à ansiedade, hostilidade e depressão extrema. Continuando o uso em doses mais altas, pode-se perceber ilusões visuais e auditivas, hipervigilância, delírios paranóides, alucinações e a psicose cocaínica. Assim como os efeitos agradáveis, os desagradáveis são igualmente mais intensos. Além disso, o crack é a forma de cocaína com maior potencial de provocar consumo compulsivo e dependência.

Podemos perceber através dessas descrições sobre os malefícios à saúde causados pelo uso de crack, que a medicina-psiquiatria e a farmacologia tem se apropriado do tema, reforçando a psiquiatrização/medicalização e, conseqüentemente, a lógica proibicionista relativas ao uso de drogas nas sociedades contemporâneas. Somam-se ao discurso médico e jurídico os discursos midiáticos sobre a “epidemia do crack”. Em uma recente pesquisa (Romanini, 2009), constatou-se que as formas simbólicas veiculadas mostram que o



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

usuário de crack torna-se passivo diante da pedra, que ele irá, necessariamente, tornar-se um criminoso em função da dependência e que são indivíduos que provêm de famílias desestruturadas ou que desestruturam suas famílias. Além disso, devido ao fato de que o crack é “diabólico e avassalador”, os tratamentos propostos são ineficazes, desqualificando a política da reforma psiquiátrica e, conseqüentemente, promovendo uma defesa implícita aos modelos repressivos e biomédico-curativos (Romanini, 2009; Brasil, 2005).

Baseado nas formulações e reflexões propostas nesse trabalho, sugiro um modelo rudimentar de percepções do comportamento social, especificamente sobre o uso de drogas, conforme a figura 2.



Figura 2. Percepções do comportamento social relativo ao uso de drogas

A relação de causa e efeito entre uso de crack e criminalidade poderia deslocar o uso de crack para o “plano C”, pois nesta relação constata-se um julgamento moral – “todo crackeiro é criminoso”. Contudo, como afirmam os especialistas da área médica, o crack vicia no primeiro uso e faz com que o sujeito que usa fique “fora de si”. Portanto, o lugar ao qual o usuário de crack está destinado, por meio do entrelaçamento dos discursos médicos – psiquiatrização – e jurídico/legalistas – proibicionismo, é o da “anormalidade descontrolada”, restando-lhe como último recurso as internações compulsórias, como medida de tratamento e também punição. Assim como para o álcool, há na forma como o “problema do crack” vem sendo tratado, um caráter dúbio: ora o usuário é criminoso, por isso é culpado por sua situação e merece ser condenado por seus crimes, ora ele é um



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

“doente”, um “dependente” ao primeiro uso, que necessita de tratamento. MacRae (2010) complementa essa crítica ao afirmar que

O reducionismo dessa estereotipação ao encobrir alguns dos reais problemas estruturais da sociedade criando um inimigo imaginário, que tem sua utilidade na manutenção do status quo, acaba por aumentar a marginalização dos usuários assim como leva à cristalização uma “subcultura da droga” de pouca permeabilidade a agentes de saúde ou a representantes de qualquer tipo de discurso oficial (p.1).

O quadro atual me parece este, contudo existem outras posturas e abordagens para o tema, como é o caso da postura reformista da Redução de Danos (Rodrigues, 2003), que tem, desde os anos 1980, buscado ampliar as concepções e práticas relativas ao uso de substâncias psicoativas, através da criação de linhas de fuga ao discurso hegemônico sobre o tema. Se quisermos acabar, ou ao menos questionar, com a repetição de idéias autoritárias e preconceituosas, e mudar o quadro de percepções sobre o comportamento social do uso de drogas, precisamos encontrar outras formas de operar no “problema das drogas”, formas essas que não sejam o da desqualificação e demonização do usuário e do traficante.

REFERÊNCIAS

- Brasil. (2005). *Mídia e Drogas: o perfil do uso e do usuário na imprensa brasileira*. Brasília: Agência de Notícias dos Direitos da Infância; Ministério da Saúde.
- Brasil. (2010). Ministério da Saúde. Secretaria e Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas. *Abordagens Terapêuticas a Usuários de Cocaína/Crack no Sistema Único de Saúde* – texto preliminar destinado à consulta pública. Brasília: Ministério da Saúde.
- Bucher, R. (1992). *Drogas e Drogadição no Brasil*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- DSM-IV-TR. (2000). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Duailib, L.B. et al. (2008). Profile of cocaine and crack users in Brazil. *Cad. Saúde Pública*. v. 24 (supl 4), p. 545-57.



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

- Guareschi, P. (2009). *Psicologia Social Crítica como prática de libertação*. (4ª ed.rev.ampl). Porto Alegre: EDIPUCRS.
- Helman, C. G. (2009a). Psiquiatria Transcultural. In Helman, C. G. *Cultura, Saúde e Doença*. (5ªed.). Porto Alegre: Artmed.
- _____ (2009b). Cultura e farmacologia: drogas, álcool e tabaco. In: Helman, C. G. *Cultura, Saúde e Doença*. 5ªed. Porto Alegre: Artmed.
- Horta, R.L. et al. (2009). *Drogas & Internet*. São Leopoldo, RS: Sinodal.
- Kessler, F. & Pechansky, F. (2008). Uma visão psiquiátrica sobre o fenômeno do crack na atualidade. *Rev. Psiquiatria RS*. v. 30, n. 2, p. 96-98.
- Leite, M. C. (1999). História da Cocaína. In Leite, M. C. & Andrade, A. G. (Orgs.). *Cocaína e Crack: dos fundamentos ao tratamento*. Porto Alegre: Artes Médicas, p. 15-23.
- MacRae, E. (2010). *Aspectos socioculturais do uso de drogas e políticas de redução de danos*. Disponível em <www.neip.info>, em 30 de Nov. 2010.
- Pickstone, J. (2008). Medicina, Sociedade e Estado. In Porter, R. *História da Medicina*. Rio de Janeiro: Revinter.
- Rodrigues, T. (2003). Política de Drogas e a Lógica dos Danos. *Revista Verve*, São Paulo, Nu-Sol/PUC-SP, n.03.
- Romanini, M. (2009). *Mídia e Ideologia: um estudo sobre a epidemia do crack*. Trabalho de Monografia apresentado ao Curso de Psicologia da UFSM. Santa Maria, RS: UFSM.
- Rotgers, F. & Nguyen, T. A. (2008). Abuso de Substâncias. In Bieling, P. J.; McCabe, R. E. & Antony, M. M. *Terapia Cognitivo-Comportamental em Grupos*. Porto Alegre Artmed.
- SENAD, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. (2006). *A Prevenção do Uso de Drogas e a Terapia Comunitária*. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas.
- Simões, J. A. (2008). Prefácio. In Labate, B. C. et. al. (Orgs.). *Drogas e Cultura: novas perspectivas*. Salvador: EDUFBA.
- SONU. (2010). Simulação da Organização das Nações Unidas. *Guia de Estudos*. OMS.



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Promoção de saúde na escola: conversando sobre *bullying*

Anelise Schaurich dos Santos ¹

Ana Cristina Garcia Dias ¹

Márcia Elisa Jager ¹

Meiridiane Domingues de Deus ¹

¹ Universidade Federal de Santa Maria (UFSM)

RESUMO

O projeto de extensão da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) intitulado “Escola, Saúde e Desenvolvimento Humano” procura oferecer orientações em temas relativos à saúde, psicologia e desenvolvimento humano, buscando promover saúde no contexto escolar através da oferta de informações em palestras para a comunidade de escolas públicas de Santa Maria/RS e região. No ano de 2011, o projeto se propôs a discutir e facilitar a reflexão de alunos, pais, professores e funcionários sobre a temática do *bullying*. Este trabalho visa relatar a experiência de uma das palestras realizadas sobre o assunto, refletindo sobre o caráter das questões formuladas pelos participantes, ao final da palestra. Foram ofertadas nove palestras sobre esse tema ao longo do ano. Essa palestra, atividade expositivo-dialogada, contou com a presença de 60 alunos das séries finais do ensino fundamental, sendo ministrada por uma psicóloga, integrante do projeto. O encontro aconteceu nas dependências da própria escola. O tema, dia e horário foi agendados conforme a disponibilidade e interesse sugeridos pelo diretor da mesma. Foram utilizados recursos audiovisuais – apresentação de *slides* e de um vídeo interativo sobre o tema. Optou-se pela utilização desses recursos, pois eles permitem falar sobre um assunto de forma mais dinâmica e organizada, além de, no caso do vídeo, estimular discussões através da identificação de situações cotidianas nas quais ocorrem o *bullying*. Ao total, foram feitas vinte perguntas escritas, que foram agrupadas conforme seu conteúdo, nas seguintes categorias: consequências, o que fazer para combater o *bullying*, agressor, padrão estético, questões genéricas e depoimentos sobre situações de *bullying*. Destaca-se a importância de espaços de discussão sobre o assunto, uma vez que somente quando o assunto é debatido



que se abrem as possibilidades para reflexões sobre a importância de denunciar os casos de *bullying*. Além disso, a quantidade considerável de questionamentos direcionados a palestrante sugere que este tema é ainda pouco abordado nas escolas, justificando a relevância de momentos como este na formação de indivíduos mais conscientes.

Palavras-chave: *bullying*, escola, promoção de saúde.

INTRODUÇÃO

O *bullying*, fenômeno mundial de violência presente nas escolas, é um comportamento agressivo, repetitivo e intencional de alguns alunos contra um ou mais colegas (Monteiro, 2008). A provocação é persistente e tem a intenção de causar dano físico, moral ou psicológico, sendo mantida apesar da emissão de sinais claros de oposição e desagrado por parte do alvo (Bandeira & Hutz, 2010). Este ato é executado dentro de uma relação desigual de poder, na qual o poder pode ser consequência da diferença de idade, tamanho, desenvolvimento físico ou emocional ou do maior ou menor apoio dos demais estudantes ao agressor ou a vítima (Neto, 2005). Suas principais características são, portanto, intencionalidade do ato, ocorrência por tempo prolongado e desequilíbrio de poder físico, psicológico ou social entre os indivíduos (Zaine, Reis & Padovani, 2010).

Os episódios de *bullying* classificam-se em diretos e indiretos. O *bullying* direto é subdividido em agressões físicas e agressões verbais. As agressões que tomam a forma de abuso físico são os chutes, socos, pontapés, empurrões, roubo e dano aos pertences; as agressões consideradas verbais são os apelidos, insultos, comentários racistas, homofóbicos, de diferenças religiosas, físicas, econômico-sociais, culturais, morais e políticas. Já a forma indireta é caracterizada pela exclusão social e isolamento. Assim, o *bullying* pode incluir colocar apelidos, debochar, chutar, bater, aterrorizar, ignorar e rejeitar, humilhar, intimidar e discriminar. Além disso, a prática do *bullying* pode ocorrer por meio eletrônico, através de mensagens instantâneas, *e-mails*, *websites* e redes sociais. Este tipo de *bullying* tem sido referido como *bullying* eletrônico ou *cyberbullying* (Bandeira & Hutz, 2010).

Entre os agressores, observa-se um predomínio do sexo masculino, enquanto que, no papel de vítima, não há diferenças entre gêneros. O fato de os meninos envolverem-se



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

em atos de *bullying* mais comumente não indica necessariamente que sejam mais agressivos, mas sim que têm maior possibilidade de adotar os comportamentos relacionados ao *bullying* direto. Já a dificuldade em identificar a prática de *bullying* entre as meninas pode estar relacionada ao uso de formas mais sutis, ou seja, no sexo feminino é mais comum a utilização do *bullying* indireto (Neto, 2005).

Considerando-se que a maioria dos atos de *bullying* ocorre fora da visão dos adultos e que grande parte das vítimas não reage ou fala sobre a agressão sofrida, pode-se entender por que professores e pais têm pouca percepção do *bullying*, subestimam a sua prevalência e atuam de forma insuficiente para a redução e interrupção dessas situações (Neto, 2005).

O projeto de extensão da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) intitulado “Escola, Saúde e Desenvolvimento Humano”, ao refletir sobre a importância da educação continuada em escola sobre temas que podem estar presentes no cotidiano das mesmas procura promover discussões e oferecer orientações sobre temas relativos à saúde, psicologia e desenvolvimento humano. Este projeto é embasado na premissa de que a falta de saúde e de qualidade de vida podem estar associadas à falta de informação sobre dados assuntos que se fazem presentes no cotidiano dos indivíduos, assim os primeiros passos para a obtenção de saúde e de uma melhor qualidade de vida são oferecer espaços para discussão desses temas. Espaços esses que além de trabalhar informações possam ser discutidos valores e atitudes relacionados a determinadas práticas que podem interferir negativamente na experiência cotidiana dos indivíduos. O projeto trabalha com temas como: *bullying*, práticas educativas parentais, relacionamento interpessoal, sexualidade, drogadição, orientação profissional, falhas de comunicação e relacionamento professor-aluno. Este trabalho, mais especificamente, visa relatar a experiência de uma das palestras realizadas sobre *bullying* no ano de 2011, refletindo sobre as questões formuladas pelos participantes ao final da palestra e sobre a própria atividade desenvolvida.

MÉTODO

As atividades relativas a esse projeto são constituídas de palestras expositivo-dialogadas, uma vez que para promover saúde, não basta apenas realizar um trabalho informativo, mas sim desenvolver atividades críticas e reflexivas. Considera-se que um



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

trabalho apenas informativo em saúde possui uma concepção do ser humano passivo, assim torna-se importante a realização de trabalho em grupos, no qual as informações podem ser discutidas e trocadas ideias sobre valores, atitudes, etc. Hassen (2002) observa que as ações que buscam influenciar na mudança de comportamento em relação à saúde não devem ver os indivíduos envolvidos enquanto seres passivos. Há necessidade de envolvê-los, através de um processo ativo e reflexivo, para que as informações sejam assimiladas, novos conhecimentos sejam construídos e então divulgados e implementados no cotidiano pelos próprios indivíduos. O indivíduo, ao se envolver efetivamente com questões de seu interesse, recebendo e trocando informações e experiências, pode aprender, reconstruir ideias e valores e mudar atitudes que podem estar lhe gerando uma menor qualidade de vida e saúde.

A palestra sobre a qual trata o trabalho foi realizada em uma escola localizada em um município do interior da região central do Rio Grande do Sul (RS). Ela contou com a presença de 60 alunos das séries finais do ensino fundamental. Esta palestra foi ministrada por uma psicóloga, integrante do projeto. O encontro aconteceu nas dependências da própria escola. O tema, dia e horário foi agendado conforme a disponibilidade e interesse sugeridos pelo diretor da mesma. A palestra foi ministrada em horário letivo, a fim de que estivesse presente uma grande quantidade de alunos e professores.

Neto (2005) observa que os atos agressivos são tradicionalmente admitidos como naturais nas escolas, sendo habitualmente ignorados ou não valorizados, por esse motivo considera-se importante que os mesmos possam ser discutidos em espaço ofertados pela própria escola. Acredita-se ter sido importante que o horário da palestra esteja dentro do horário de atividades curriculares da escola, pois de outra forma, muitos poderiam não se fazer presente na palestra, uma vez que pode haver certa naturalização desses atos.

Esta palestra foi ministrada com o uso de recursos audiovisuais, incluindo tanto apresentação de *slides* quanto utilização de um vídeo interativo. Optou-se pela utilização desses recursos, pois eles permitem falar sobre um assunto de forma mais dinâmica e organizada, além de, no caso do vídeo, estimular discussões através da identificação de situações cotidianas nas quais ocorrem o *bullying*.

RESULTADOS E DISCUSSÃO



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

A palestra sobre *bullying* iniciou com um questionamento da palestrante para os alunos e professores: “Você sabe o que é *bullying*?”. Esta pergunta tinha o objetivo de verificar o que os espectadores sabiam sobre o assunto, objetivando, desde o início, a desmistificação de tabus sobre o tema, além de criar um clima de descontração e interação.

Em seguida, os tópicos abordados na palestra foram: (1º) explicação do que é *bullying*, (2º) origem deste termo, (3º) ações que caracterizam o *bullying*, (4º) *bullying* virtual, (5º) as consequências do *bullying*, (6º) a importância do papel dos pais no combate aos atos de violência e (7º) a importância da denúncia e da busca de ajuda.

A palestra foi finalizada com a exibição de um trecho do desenho longa metragem intitulado “Mary e Max – uma amizade diferente”. No trecho exibido a menina, Mary, é motivo de piada para a maioria de seus colegas, ficando excluída do convívio social com os mesmos. Através da visualização do filme é possível perceber o quanto a prática do *bullying* causa sofrimento e afeta o psiquismo dos sujeitos envolvidos.

Durante toda a execução da palestra buscou-se tornar o encontro o mais interativo possível, de forma que os participantes pudessem expressar suas dúvidas sobre o tema perante o grupo e compartilhar sua opinião sobre o assunto. Antes do encerramento do encontro, foi proporcionado um momento para que os presentes fizessem questionamentos sobre o tema trabalhado. Eles poderiam escolher se gostariam de formular suas perguntas falando ou escrevendo, uma vez que foi disponibilizado a todos os participantes pedaços de papel em branco.

Ao total, foram feitas vinte perguntas escritas, que foram divididas por categorias no quadro 1 a seguir. Em sua maioria (seis delas) estavam ligadas às consequências do *bullying* para as vítimas. De acordo com Monteiro (2008), os danos causados à vítima, normalmente, estão ligados à baixa auto-estima, às dificuldades de relacionamento social e no desenvolvimento escolar, à fobia escolar, à tristeza, à depressão, podendo chegar ao suicídio e a atos de violência extrema contra a escola.

Também foram feitas cinco perguntas relativas ao que é possível fazer para combater o *bullying*. Para Makaron (2008), “Se o maior trunfo do **bullying** é agir à espreita, o melhor trunfo para combatê-lo é fazê-lo sair das sombras”. Segundo a autora, isso somente é possível através conhecimento sobre o assunto, reconhecimento das práticas agressivas e da formulação e implementação de regras de convivência.



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Além disso, foi questionado sobre os agressores, principalmente em relação a como eles podem parar de praticar o *bullying*. Sobre esta questão, Francisco e Libório (2008) afirmam que no contexto de causadores e vítimas de *bullying*, ambos precisam de ajuda. Por um lado, as vítimas sofrem uma deterioração da sua auto-estima e do conceito que tem de si, por outro, os agressores também precisam de auxílio, visto que sofrem grave deterioração de sua escala de valores e, portanto, de seu desenvolvimento afetivo e moral.

Ainda foram formuladas perguntas de cunho mais genérico e outras relacionadas ao padrão estético, nas quais os alunos perguntaram se é considerado *bullying* ofender uma pessoa baseada em seu porte físico, por essa ser gorda ou magra demais, por exemplo. Sobre esse aspecto Pires (2010) afirma que se presencia diariamente no contexto escolar a obsessiva importância dada a algumas marcas corporais, que são apresentadas como um referencial classificatório e de discriminação entre os jovens. Segundo a pesquisa realizada pela autora com 160 alunos de quintas e sextas séries, dentre aqueles estudantes que normalmente são discriminados se encontram os obesos, os muito magros, aqueles com traços diferentes, os que usam óculos, os de pouca estatura e os feios.

Deve-se ressaltar, ainda, o depoimento concedido por uma vítima de *bullying*, a qual sofreu agressões por preconceito. De acordo com Makaron (2008), o preconceito é a discriminação de alguém que se torna o depositário das imperfeições que o agressor não admite ter.

Quadro 1. Questionamentos elaborados pelos participantes à palestrante²⁶

CATEGORIAS	QUESTIONAMENTOS
Consequências	1. Você já atendeu a uma pessoa que sofreu bullying? O que ela pensa ou sente? 2. Como uma pessoa se recupera depois de ter sofrido o Bullying? 3. O bullying pode levar a morte?

²⁶ A autoria dos questionamentos é dos participantes da palestra. Todas as perguntas foram transcritas na íntegra e de forma fidedigna a maneira como estavam formuladas/escritas.



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

	4. Supondo que: Pedrinho está voltando para sua casa e de repente é apreendido por dois fortões que agridem ele e falam para o garoto que se ele contar para alguém ele irá apanhar mais, o garoto fica com medo e não conta para ninguém. Esse comportamento pode fazer com que o menino acabe com sua própria vida? 5. Se uma pessoa sofre bullying, isso pode causar alterações em seu estado psicológico? 6. Bullying tem cura depois da pessoa sofrer? Como?
O que fazer para combater o <i>bullying</i>	1. Quem sofre bullying tem medo de recorrer a alguém, pois só para si é uma humilhação maior, mas a que recorrer então? 2. O que a pessoa que sofre bullying deve fazer para combater a violência? Geralmente, uma pessoa que defende outra que está sofrendo bullying começa a ser vítima disso? 3. O que a pessoa deve fazer quando sofre bullying? 4. Qual a primeira decisão a ser tomada quando há bullying na escola? Delegacia? 5. Qual é a pena exata para o bullying? Por um apelido numa pessoa com ela estar de acordo não é bullying só se a pessoa não concordar, não é?



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Agressor	1. A família pode influenciar na pessoa que faz bullying? 2. A pessoa deve fazer bullying se sofreu? 3. O que acontece com a pessoa que faz bullying? 4. Como parar de bulinar? Devo ir em um psicólogo?
Padrão estético	1. Ofender pessoas por serem gordas ou magras demais também é bullying? 2. Por que as pessoas zuaem dos gordinhos?
Questões genéricas	1. Como identificar uma pessoa que sofre bullying? 2. O que é bullying? E quais os motivos disso?
Depoimento	1. Eu já sofri bullying. Tentei ser estuprada, mas não conseguiram graças ao meu pai que viu que estava acontecendo algo estranho. Foi com alunos que estudaram aqui. A 4 anos atrás aconteceu isso, quando eu tive câncer, que eu era diferente, por que era careca, perdi meu cabelo, sofri muito preconceito, fiquei sem vim na aula, por causa disso e do tratamento. Quem sofre bullying na vida nunca esquece, apenas convive com você sempre. Eu denunciei. E quando me perguntam eu conto como aconteceu, não escondo nada. Denuncie! Bom, a pergunta é: qual foi o caso mais assim ruim que você já ouviu que aconteceu com alguém?

Através do considerável número de palestras realizadas sobre *bullying* e do grande interesse demonstrado pelos presentes nesta palestra em saber mais sobre o assunto, pode-



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

se constatar a necessidade das escolas da rede pública de debater e serem informadas a respeito do bullying. Assim, entende-se que este projeto de extensão vem atendendo aos objetivos proposto, principalmente por trabalhar temas que estão presentes e são de interesse dos atores presentes no contexto escolar. De modo geral, os indivíduos que participaram das atividades realizadas nessa e nas demais palestras sobre o tema, consideraram as mesmas satisfatórias.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da experiência vivida nesta palestra é possível constatar que a escola se constitui em um contexto fundamental para o desenvolvimento humano, no qual a prevenção e a promoção da saúde podem e devem ser realizadas. Essa instituição contribui, através da transmissão de valores, ideais e conhecimentos, para a formação do sujeito enquanto cidadão, pois esse contexto pode proporcionar oportunidades de convívio social, ampliação de habilidades interpessoais, além de capacidades cognitivas, emocionais e motoras (Macarini, Martins & Vieira, 2009).

Destaca-se a importância de espaços de discussão sobre o assunto, uma vez que somente quando o assunto é debatido que se abrem as possibilidades para reflexões acerca da importância de denunciar os casos de *bullying*. Além disso, a quantidade considerável de questionamentos direcionados a palestrante sugere que este ainda é um tema pouco abordado nas escolas, justificando a relevância de momentos como este na formação de indivíduos mais conscientes.

REFERÊNCIAS

- Bandeira, C. de M. & Hutz, C. S. (2010). As implicações do *bullying* na auto-estima de adolescentes. *Revista Semestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional*, 14(1), 131-138.
- Francisco, M. V. & Libório, R. M. C. (2008). Um estudo sobre *bullying* entre escolares do ensino fundamental. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 22(2), 200-207.
- Hassen, M. N. A. (2002). Grupos Focais de intervenção no Projeto de Sexualidade e Reprodução. *Horizontes Antropológicos*, 8, 159-177.



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

- Macarini, S. M., Martins, G. D. F. & Vieira, M. L. (2009). Promovendo saúde e desenvolvimento na educação infantil: uma atuação da Psicologia. *Paidéia*, 19(43), 231-237.
- Makaron, S. (2008). *Bullying*: como enfrentá-lo? *Jornal Jovem*, 11. Recuperado em 18 maio, 2012, de <http://www.jornaljovem.com.br/edicao11/convidado11.php>
- Monteiro, L. (2008). O que todos precisam saber sobre o *bullying*. *Jornal Jovem*, 11. Recuperado em 18 maio, 2012, de <http://www.jornaljovem.com.br/edicao11/convidado03.php>
- Neto, A. A. L. (2005). *Bullying* – comportamento agressivo entre estudantes. *Jornal de Pediatria*, 81(5), 164-172.
- Pires, M. J. (2010). *Bullying escolar: a corporeidade como fator de in/exclusão sócio-educacional*. Dissertação de mestrado, Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, Ijuí, RS, Brasil.
- Zaine, I., Reis, M. de J. D. dos & Padovani, R da C. (2012). Comportamentos de *bullying* e conflito com a lei. *Estudos de Psicologia*, 27(3), 375-382.



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Promovendo a implantação de um espaço de convivência em um Capsi

Caroline Matos Romio ¹

Natália de Andrade de Moraes ¹

Nelci Regina Angnes ¹

Gabriela Zuchetto ¹

Hericka Zogbi Jorge Dias ¹

¹ Universidade Federal de Santa Maria (UFSM)

RESUMO

Os Centros de Atenção Psicossociais (CAPS) correspondem a um dos principais modelos de serviço substitutivo proposto para o atendimento à saúde mental. Esse modelo de serviço conta com o apoio teórico para a sua prática nas políticas de Saúde Mental, nas diretrizes da Política Nacional de Humanização do SUS, bem como nos documentos de ambiência e clínica ampliada. Tais documentos visam a promoção de autonomia e o protagonismo dos sujeitos, ampliando o potencial terapêutico dos serviços, no entanto, na prática, sabe-se que esses pressupostos nem sempre são observados. A partir dessa constatação, este relato de experiência objetiva apresentar um projeto de extensão realizado em um CAPS infanto-juvenil, que desenvolveu na instituição a implementação de um “espaço permanente de convivência”. O projeto permitiu uma ampliação do potencial terapêutico da instituição fazendo do espaço um ambiente integral promotor de saúde, além disso, oportunizou a flexibilização no que se refere às práticas do serviço e aos relacionamentos dos profissionais e usuários.

Palavras-chave: Saúde Mental; Infância; CAPSi

INTRODUÇÃO



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

A partir da Reforma Psiquiátrica, novos serviços de atenção à saúde mental, que extrapolam a lógica hospitalocêntrica, foram sendo implementados, fazendo com que outras possibilidades de cuidado ao doente mental fossem sendo construídas (Stumm & Hildebrandt, 2006). Destacam-se nesse cenário os Centros de Atenção Psicossociais (CAPS), que acolhem indivíduos com transtornos mentais graves.

As ações de trabalho feitas pelos CAPS se baseiam na lógica proposta pelas políticas de Saúde Mental, além de serem norteadas pelos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). Uma importante característica dessas instituições é a busca pela integração dos usuários a um ambiente social e cultural concreto, sendo este entendido como o espaço no qual o paciente e seus familiares vivem. Dessa forma, o atendimento nos CAPS objetiva a manutenção das relações sociais do sujeito, além de promover a subjetivação e também a desmedicalização deste (Brandão, 2009).

Nesse contexto uma importante diretriz é a Política Nacional de Humanização (PNH) - HumanizaSUS, essa aponta como valores fundamentais a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a co-responsabilidade entre eles e o estabelecimento de vínculos. Esses preceitos são condizentes com o que se espera dos tratamentos e cuidados em saúde mental em um contexto pós Reforma Psiquiátrica (Ministério da Saúde, 2004).

Outro importante conceito é o de ambiência, relativo ao “tratamento dado ao espaço físico entendido como espaço social, profissional e de relações interpessoais que deve proporcionar atenção acolhedora, resolutive e humana” (Ministério da Saúde, 2008, p.5). O ambiente, então, deve ser acolhedor e pessoal, oportunizando o estabelecimento de relacionamentos saudáveis entre os sujeitos ali inseridos. Em consonância, ressalta-se a importância de um ambiente facilitador para o desenvolvimento saudável dos indivíduos (Winnicott, 1988) e da presença de alguns elementos, como autonomia e independência, na estruturação do psiquismo (Winnicott, 1983).

Assim como o conceito de território designa o “extra-institucional” (Wetzel, Kantorski & Souza, 2008, p.42), o de ambiência é ampliado para o além-clínica. Dessa forma, ainda que os atendimentos clínicos, essenciais para a assistência à saúde mental, não sejam excluídos do plano terapêutico, deixam de ser únicos e/ou centrais. Atividades diversas podem ser propostas e desenvolvidas junto aos pacientes, de modo que a criatividade e o acolhimento tornam-se fatores essenciais para a atuação dos profissionais,



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

que necessitam (re)inventar práticas, como forma de alcançar a singularidade de cada paciente. Wetzel, Kantorski e Souza (2008), diferenciam as práticas clínicas, cristalizadas por saberes instituídos, das que são realizadas fora das salas de atendimento, em que as práticas e relações, sendo mais abertas, possibilitam o exercício de alto grau de autonomia.

Diante dessa lógica, o Ministério da Saúde (2004) propõe uma clínica ampliada, ou seja, traz a necessidade de se ampliar a noção de sujeito nas instituições para além de sua doença, assim, pretende-se que os trabalhadores e gestores de saúde possam enxergar os usuários dos serviços de saúde mental em sua integralidade, ou seja, para além dos pedaços fragmentados característicos do olhar biomédico e clínico (Ministério da Saúde, 2007). Dessa forma, os pacientes seriam vistos também como sujeitos e, como tais, autônomos.

O desenvolvimento de práticas que se aproximem da noção de clínica ampliada deve ser realizado por uma equipe de referência (interdisciplinar). Através dos diferentes olhares oferecidos por cada um dos profissionais membros da equipe, o sujeito atendido poderá ser percebido em sua totalidade, o que possibilita que as atividades terapêuticas se adéquem às suas necessidades.

Mais especificamente em relação aos CAPSi II, a atenção em saúde mental para crianças e adolescentes deve oferecer uma atenção mais humanitária e acolhedora em um serviço que permaneça mais tempo de portas abertas e vise a inserção social (Ministério da Saúde, 2002). Dentre as atividades terapêuticas que podem ser desempenhadas nestes dispositivos de tratamento, os CAPS, requerem a criação de novos recursos que visem à saúde mental, que vão desde atendimentos individuais (psicológico, psiquiátrico, pedagógico etc.) até oficinas terapêuticas e de geração de renda, como também proporcionar espaços lúdicos de reabilitação ou reinserção psicossocial, oferecendo atividades recreativas, culturais e de lazer.

Assim, quando a criança ou adolescente chega ao serviço, juntamente com seus pais/cuidadores, é imprescindível a escuta da demanda de ambos, o que torna a realização da terapêutica mais complexa e singular. Nesse contexto, ainda que os atendimentos clínicos, essenciais para a assistência à saúde mental, não sejam excluídos do plano terapêutico, deixam de ser únicos e/ou centrais.

OBJETIVO



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

O presente trabalho foi construído com o propósito de apresentar as ações de extensão vinculadas ao PROCONVIVE²⁷. Este projeto de atividade de extensão surge com o intuito de implantar, junto com os profissionais, um espaço terapêutico integral no CAPSi de uma cidade no sul do Brasil, que pretende contribuir com o processo terapêutico dos usuários do serviço, promovendo autonomia e protagonismo nos sujeitos.

MÉTODOS

O projeto PROCONVIVE compreende pesquisa e extensão. Teve início em agosto de 2009 e foi estruturado de modo que as atividades fossem complementares umas às outras e se desenvolvessem através de um diálogo contínuo. As atividades de pesquisa e extensão foram realizadas por estudantes de graduação em Psicologia da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), através de uma parceria com um Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil (CAPSi). Esse serviço atende cerca de 180 pacientes e conta com uma equipe multiprofissional, constituída por cerca de dezesseis profissionais de diversas áreas (psicologia, assistência social, psiquiatria, fisioterapia, enfermagem, entre outros).

O projeto contou com quatro ciclos distintos, no primeiro ciclo o projeto teve a participação de sete extensionistas, no segundo com oito, no terceiro com quatorze extensionistas e oito estudantes envolvidos com a pesquisa e no último ciclo com cinco extensionistas e oito pesquisadores.

A fim de se manter o compromisso ético o projeto passou por aprovação do Comitê de Ética da UFSM, na pesquisa, em contato com os participantes, foi dado enfoque na explicação dos objetivos, leitura, compreensão e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Além disso, os participantes se dispuseram livremente a contribuir, sabendo da possibilidade de desistência, caso desejassem. Os dados pessoais dos participantes foram mantidos em sigilo e o material de pesquisa está sob a guarda do coordenador do projeto. As informações somente poderão ser divulgadas de forma

²⁷ Projeto de implantação do espaço de convivência permanente para crianças usuárias do CAPS infantil da cidade de Santa Maria, RS, e avaliação do impacto da intervenção terapêutica em usuários e funcionários do CAPSi (projeto financiado pelo EDITAL PPSUS FAPERGS 002/2009 DECIT/SCTIE/MS,CNPq, FAPERGS, SES/RS nº de processo 0900982)



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

anônima. Com o intuito de manter o compromisso ético, também se considerou a participação no projeto apenas de pessoas que conheceram tanto a extensão como a pesquisa.

As atividades de extensão consistiam em que, em todos os turnos da semana, um acadêmico do curso de psicologia estivesse inserido no CAPSi para promover atividades com os pacientes, essas consistiam em atividades lúdicas, artísticas, esportivas, entre outras, que sempre buscavam promover a escuta das singularidades dos usuários do serviço. Assim, a proposta era que extensionistas estivessem inseridos no ambiente do CAPSi e nas múltiplas atividades do serviço, entre elas oficinas terapêuticas, grupos e acolhimentos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Apesar dos pressupostos, anteriormente apresentados, relacionados ao funcionamento dos CAPS, é fato que a modificação da atenção a loucura afim de que essa deixe de corresponder a um modelo asilar é um longo percurso. Com isso, percebe-se que o funcionamento pretendido com a promoção de uma visão ampliada do sujeito e seus sintomas, muitas vezes, dá lugar à lógica da fragmentação.

Assim, o funcionamento do CAPSi supramencionado equivalia em alguns aspectos a um modelo ambulatorial, mesmo oferecendo atividades de caráter terapêutico e sendo embasado nos valores da Reforma Psiquiátrica. Dessa forma, os atendimentos, em sua maioria, eram realizados em horários pré-estabelecidos e de forma individual ou em grupos fechados. Caso o paciente chegasse antes do horário do atendimento, permanecia na sala de espera sem realizar atividade alguma.

O projeto PROCONVIVE inseriu-se, portanto, nesse cenário ao propor que o tempo ocioso das crianças, adolescentes e familiares atendidos no serviço fosse explorado como potencial terapêutico. Nessa direção, planejou-se o que chamamos de “implantação de um espaço permanente de convivência”, ou seja, a implantação de um espaço terapêutico integral que pretende contribuir com o processo terapêutico dos usuários do serviço. As atividades foram ao encontro do que se espera da clínica ampliada, visto que o ambiente começa a ser pensado como produtor de subjetividade, de modo que o tempo passado no CAPSi seja integralmente terapêutico e, como tal, promotor de saúde, dentre as oficinas



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

realizadas se destacam a oficina de contos, a oficina de fuxico, a oficina de confecção de bonecos de pano, e algumas oficinas em parceria com profissionais da instituição como oficina de esportes.

A implantação do espaço de convivência permanente iniciou em 2009 e, atualmente, encerrou suas atividades de extensão, no entanto, os técnicos do serviço e os estagiários permanecem desenvolvendo as atividades de ambiência. As atividades de extensão foram realizadas em ambiente, onde se propunha que os extensionistas acolhessem as demandas dos pacientes buscando promover o desenvolvimento de sujeitos, através de um olhar e uma escuta contínuos.

A criação e manutenção de um espaço terapêutico são fundamentais no tratamento de crianças acometidas por transtornos graves. Isso porque essa convivência integral e ampliada com o ambiente possibilita o restabelecimento do sentimento de segurança inicial, essencial para o desenvolvimento saudável do bebê e da criança (Winnicott, 1983). É fundamental, dessa forma, que se possa oferecer a essas crianças um ambiente acolhedor e facilitador do seu desenvolvimento.

Além disso, os cuidados oferecidos em ambiente são expandidos aos responsáveis dos usuários, que são acolhidos e escutados em suas demandas. Isso possibilita que se de atenção global aos responsáveis, sendo eles considerados a partir de suas singularidades e de sua essencial importância para o tratamento das crianças e adolescentes dos quais são responsáveis.

Em relação às atividades realizadas com os pacientes do CAPSi, propunha-se que fossem escolhidas por eles próprios, a fim de que exercessem protagonismo em relação ao seu tratamento. Foram realizadas, dessa forma, atividades lúdicas, artísticas e corporais, além de jogos e brincadeiras diversas.

O projeto objetivava sempre um trabalho em conjunto com os profissionais da equipe de referência. Essa interação permitiu que questões diversas relacionadas aos grupos fossem repensadas, tais como as incisivas instituições de limites físicos aos espaços ocupados pelos usuários e a obrigatoriedade de participação em determinadas atividades. Essas posturas foram sendo questionadas, pois se acredita que imposições feitas aos pacientes asseguram-lhes o lugar de passividade frente ao tratamento. Ressalta-se que a equipe de profissionais do CAPSi foi apoiada e instigada a desenvolver atividades nesse espaço terapêutico ampliado.



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Como suporte aos integrantes do projeto, foram realizadas atividades de revisão literária e estudo, a fim de significar as vivências oportunizadas pelo projeto e melhor embasar as suas propostas. Além disso, foram realizadas reuniões institucionais, bem como supervisões institucionais e acadêmicas, estas orientadas pela coordenadora do projeto. Enfatiza-se que as atividades de estudo e supervisão institucional foram realizadas juntamente com os profissionais do serviço, o que possibilitou diversas trocas entre técnicos e alunos.

Desde a implementação do presente projeto, houve grande adesão por parte dos pacientes, que passaram a estar mais tempo no serviço, atuando no seu processo terapêutico e entendendo o CAPSi como local de promoção de saúde. O aumento da frequência dos usuários e uma maior atuação dos pais/cuidadores no processo terapêutico foram percebidos como avanços conquistados com o projeto.

Por parte da equipe de técnicos, percebemos que o ambiente foi incorporado à idéia de tratamento, inclusive passando a fazer parte do plano terapêutico de alguns pacientes. Além disso, os profissionais organizam-se de modo a dar continuidade às atividades em “ambiente” e não apenas aos atendimentos individuais ou grupos e oficinas terapêuticas.

Para os alunos participantes do projeto, os ganhos foram diversos. A possibilidade de inserção em um serviço substitutivo como o CAPS oportuniza uma formação integrada à essa lógica de atendimento à saúde mental que vem sendo construída. As práticas e a convivência com a equipe de profissionais do serviço instigam questões diversas e, dessa forma, a construção de conhecimentos.

CONCLUSÕES

Os obstáculos encontrados na prática dos CAPS como serviços de referência em saúde mental são inerentes ao processo de consolidação de um novo paradigma de cuidado e atenção ao sujeito em sofrimento psíquico. Mesmo que o fazer dos CAPS seja norteado e embasado pelos valores da clínica ampliada, de humanização e da ambiência, é preciso que a prática seja constantemente repensada em si, a fim de não se aproximar de modelos asilares ou ambulatoriais.

O projeto apresentado neste relato insere-se nesse novo contexto, composto pelo pensamento reformista, a fim de pensar a clínica ampliada em seu aspecto de construção e



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

de revisão de antigos saberes. Dessa forma, os resultados da construção de um ambiente terapêutico vão ao encontro do que é esperado para o funcionamento institucional desse serviço e foram conquistados em parceria com os profissionais ali inseridos. Nesse sentido, os resultados atingem não apenas os usuários do CAPSi e seus familiares, mas também a equipe multiprofissional e os alunos envolvidos.

REFERÊNCIAS

- Brandão Junior, P. M. C. (2009). Um bebê no CAPSi: uma clínica possível. *Estud. pesqui. psicol.*, v.9, n.2.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2005). Princípios para uma política Nacional de Saúde Mental Infanto-juvenil. *Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério Da Saúde. Secretaria De Atenção À Saúde. Departamento De Ações Programáticas Estratégicas. (2004). *Saúde Mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério Da Saúde. Secretaria De Atenção À Saúde. Núcleo Técnico Da Política Nacional De Humanização. (2007). *Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério Da Saúde. Secretaria De Atenção À Saúde. Núcleo Técnico Da Política Nacional De Humanização. (2008). *Ambiência*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Stumm, L. K.; Hildebrandt, L. M. (2006). *Trabalhando com a loucura: a enfermagem no Instituto Psiquiátrico Forense*. Rev. Contexto e Saúde, v.6, n.11, pp.37-46. Acedido em 20 de maio de 2011 em: http://www.google.com.br/url?sa=t&source=web&cd=1&ved=0CBsQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww1.unijui.edu.br%2FPortal%2FModulos%2Frevistas%2F%3FnlpPZ3xVCGAjX8EF9fuytUHSVSanoU3poOWS7iibOvqgrYt0aPYGuiDGs6lIG5Ohr1__PLS__bhmJA7FJMjjlLeXRSizit7rezCNWRFAbya8ecdAsriET2udwXU1KWxkFsV5kdmkmkXOJ4ozsxoZ__PLS__TxP7FuhoHbbuWWuc%2FbExob5IqhR4%3D&ei=7LQHTv2zEsfa0QHaoMD2Cg&usg=AFQjCNH2Xf-HcMWgB7EQELNQE4NEtHP_vw.



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Wetzel, C.; Kantorski, L. P.; Souza, J. (2008). *Centro de Atenção Psicossocial: trajetória, organização e funcionamento*. v.16, n.1, pp.39-45, *R Enferm UERJ*. Acedido em 16 de maio de 2011 em: <http://www.facenf.uerj.br/v16n1/v16n1a06.pdf>.

Winnicott, D. W. (1983). *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Winnicott, D. W. (1988). *Os bebês e suas mães*. 3. ed. São Paulo: Martins Fontes.





III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Psicologia da saúde: reflexões sobre o tema

Júlia Gonçalves ¹

Dorian Mônica Arpini ¹

Carmem Lúcia Colomé Beck ¹

¹ Universidade Federal de Santa Maria (UFSM)

RESUMO

A Psicologia da saúde é um campo que vem se estruturando no cenário brasileiro, propondo mudanças de foco de estudo e intervenção, saindo da visão tradicional exclusiva da doença e buscando a perspectiva da promoção e manutenção da saúde, da prevenção e do tratamento de doenças. Esta reflexão objetivou apontar alguns pontos relevantes para a estrutura deste campo de conhecimento, destacando-se o conceito de Psicologia da saúde, a formação em Psicologia na atualidade e o futuro da Psicologia da saúde. Conclui-se que a área já conquistou espaços, porém ainda tem um caminho ainda a ser construído e que a inserção dos estudantes pode ser uma ferramenta importante para a consolidação da área.

Palavras-chave: Psicologia; Psicologia da Saúde; formação acadêmica.

Esse texto surgiu através de discussões realizadas nas aulas do Mestrado Acadêmico em Psicologia, da Universidade Federal de Santa Maria-UFSM, na disciplina de Psicologia da Saúde. Assim, foi oportunizado refletir e discutir alguns pontos fundamentais para a estruturação do campo da psicologia da saúde.

A Psicologia configura-se como uma área de conhecimento em crescimento e desenvolvimento, demandando novas formas de olhar, pensar, pesquisar e intervir, levando em conta os referenciais culturais, sociais, biológicos e econômicos. A psicologia no campo da saúde evoluiu nos anos 80, uma vez que anteriormente a psicologia estava associada, principalmente, a doenças e a tradicional psicologia clínica e saúde mental.

A história da atenção à saúde pública data inicialmente do séc. XVIII, com a Medicina de Estado da Alemanha, que tinha por objetivo observar a morbidade da



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

população e a normatização da prática médica. Em meados do séc. XVIII formata-se a Medicina urbana, na França, a qual buscava alcançar três objetivos: analisar o que poderia causar doença, controlar a circulação de pessoas e elementos; e organizar a distribuição das seqüências (exemplo: separar água e o esgoto). A terceira vertente histórica do séc. XIX configura-se como a medicina da força de trabalho, intimamente relacionada à Revolução Industrial, com os objetivos de controle da vacinação, organização e registro de epidemias e localização e eliminação de focos de insalubridade. Esse modelo inglês possibilitava unir três ordens distintas de atenção à saúde: assistência médica ao pobre; controle da saúde da força de trabalho e esquadramento da saúde pública (SPINK e MOTA, 2010).

O Brasil herdou dois sistemas de atenção à saúde Inglesa, a medicina de pobre e rico de um lado e a medicina sanitária e assistencial, de outro. Assim, a Psicologia na saúde pública entra como vertente da medicina assistencial, reconhecendo como seu primeiro nicho o psicodiagnóstico e atenção à gestante e às crianças. Na vertente da medicina curativa individual, se configurará outro tipo de prática psicológica de caráter mais clínico, voltada as aplicações psicoterapêuticas (SPINK e MOTA, 2010).

A partir da Segunda Guerra Mundial, o cenário da saúde se altera e se torna cada vez mais globalizado, sendo que na década de 70, inicia-se no Brasil as mobilizações visando à redemocratização, ou seja, a reformulação do modelo de saúde vigente. Este movimento encontra um nicho importante no Movimento Sanitário, o qual envolve profissionais da saúde, intelectuais, organizações populares e membros da própria burocracia estatal. Esse movimento oportunizou a realização de debates e a criação de associações preocupadas com a saúde e influenciou, em 1975 a promulgação da Lei 6.229, que criou o Sistema Nacional de Saúde. A Constituição de 1988, que muito deve ao Movimento Sanitário, reconheceu a saúde como direito de todas as pessoas e dever do Estado. Logo, o texto constitucional referendou os princípios básicos do SUS, e com base nele, em 1990 foi aprovada a Lei 8080, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção, e recuperação da saúde, a organização e funcionamento dos serviços correspondentes (SPINK e MOTA, 2010).

Um marco no que diz respeito à inserção dos psicólogos no serviço de saúde em São Paulo em 1982, diz respeito à adoção de uma política explícita de desospitalização e de extensão dos serviços de saúde mental à rede básica (SPINK, 2003).



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

No final do séc. XIX e início do séc. XX inicia-se uma transformação na concepção de saúde ancorada em uma vertente do preventivismo, visando minimizar os custos da recuperação da saúde por meio da promoção e prevenção do surgimento da doença. Essa concepção reorienta a assistência em saúde para uma ênfase cada vez maior nos Serviços Básicos de saúde (SPINK e MOTA, 2010), destacando-se no artigo 3º da Constituição Federal, lei 8080 de 1990 que assegura que a saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País. (BRASIL, 1990)

A ênfase na promoção de saúde e prevenção de doença abre uma nova dimensão na compreensão dos fenômenos da saúde e da doença, ou seja, a da determinação social da doença que pode gerar implicações nos comportamentos. Assim, este conceito de saúde passa a exigir um olhar multidisciplinar e a noção de integralidade abre portas para a psicologia, a qual passa a integrar as equipes nos centros de saúde e nas unidades básicas de saúde (SPINK e MOTA, 2010).

Assim, ocorre a inserção da Psicologia no campo da saúde e nos serviços públicos em saúde com a compreensão do homem como unidade entre corpo e espírito, mudando o foco da doença para a saúde, como seu objeto epistemológico.

A definição clássica de Psicologia da Saúde vem da proposta de Matarazzo (1980, citado por ANGERAMI-CAMON, 2009) que a concebe como a reunião do conhecimento sistematizado em psicologia, empregado na promoção e manutenção da saúde e prevenção e tratamento de doenças, bem como na identificação de etiologia, diagnóstico e no aperfeiçoamento da Saúde Pública.

Dessa forma, entende-se que a psicologia da saúde como a aplicação dos conhecimentos e das técnicas psicológicas à saúde, às doenças e aos cuidados em saúde, se propõe a estudar o papel da psicologia como ciência e como profissão nos domínios da saúde, da doença e da própria prestação dos cuidados de saúde, focalizando nas experiências, comportamentos e interações. É importante salientar que a psicologia da saúde leva em consideração os contextos sociais e culturais onde a saúde e as doenças ocorrem, uma vez que as significações e os discursos sobre a saúde e as doenças são



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

diferentes e dependentes do nível socioeconômico, gênero e diversidade cultural (TEIXEIRA, 2004).

O que se busca através da construção da psicologia da saúde é a articulação de diversos níveis do saber que possam levar a um novo tipo de conhecimento e, dessa maneira, articular as melhores condições de análise junto ao homem contemporâneo (ANGERAMI-CAMON, 2009).

A psicologia da saúde é uma tentativa de se fazer uma nova dimensão da multidisciplinaridade, investindo na humanização dos atendimentos realizados na área de saúde. Essa humanização passa, obrigatoriamente, pela humanização do profissional da saúde, o qual está precisando se humanizar na medida em que distorce até mesmo alguns princípios teóricos, que justamente preconizam a humanização dos atendimentos (ANGERAMI-CAMON, 2009).

Outro ponto a ser refletido quando há referência para a estruturação do campo da psicologia da saúde, diz respeito à formação acadêmica em Psicologia, a qual, muitas vezes, pode não abordar com a ênfase devida a área da saúde.

Existe um despreparo do psicólogo para atuar em serviços públicos de saúde, decorrente da formação profissional oferecida e reforçada nos cursos de Psicologia. Ao se deparar com a prática, há uma percepção de não familiaridade e de certo desespero em contatos com os espaços de trabalho em serviços públicos de saúde (LIMA, 2005).

Uma formação adequada tornar-se-ia uma ferramenta importante para estruturação e consolidação do campo. Como formação adequada pode ser pensar na apresentação do campo, na discussão das possibilidades de atuação, reflexões sobre problemas e propostas de intervenção. A academia pode ser vista como um local que propicie questionar a prática, através de olhar crítico e reflexivo.

Ainda na atualidade, alguns cursos de psicologia se mantêm atrelados à visão tradicional, clínica e de atendimento individualizado. Com essa visão, muitos profissionais buscam após a sua formação, a aplicação do conhecimento adquirido em sala de aula, deixando em segundo plano o contexto e as necessidades da demanda que lhe acessa, reforçando o trabalho sustentado na clínica individual e tradicional.

Uma das hipóteses para explicar a existência de um descompasso entre as necessidades de atendimento psicológico dentro dos serviços públicos de saúde e a atuação dos profissionais é a transposição de alguns dos elementos que fundamentam a clínica



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

tradicional para todos os níveis de assistência à saúde, independentemente das suas particularidades (LIMA, 2005).

Ao ser inserido no campo da saúde e dos serviços em saúde, existe uma espera por atendimento clínico individual que é consequência da postura dos profissionais que ocupavam essa função. Assim sendo, é necessário que o psicólogo questione esse lugar e sustente o seu modo de fazer a Psicologia em serviços de saúde e assistências. Esse pensamento não se configura como um ataque ao modelo de atendimento clínico individual, mas busca construir algo que está para além disso, nem só clínica, nem somente outros tipos de intervenção.

Refletindo sobre esta “falha” na formação, pode-se pensar que os futuros profissionais escolhem a área de assistência à saúde, muitas vezes, com pouco conhecimento e real desejo.

Neste sentido, as residências multiprofissionais podem ser apontadas como uma das tentativas para reverter este problema, pois buscam um perfil de profissional não comodista e questionador do sistema e das práticas em saúde, um profissional que não se conforma com o que é esperado pelo que já é feito pelos outros profissionais.

A atuação na psicologia da saúde é expandida, envolvendo todas as fases do atendimento ao paciente, primário, secundário e terciário. E indo além do próprio enquadramento com as práticas clínica e médica, sua ampliação estende-se também para uma atuação de intervenção no campo social do paciente. Assim espera-se do profissional da saúde a ampliação não apenas de seus conceitos teóricos, como também na crença da sua capacidade de intervenção, na realidade que se lhe apresenta de maneira única e repleta de especificidades próprias (ANGERAMI-CAMON, 2009).

Também se pode pensar que muitos profissionais optam pela Saúde Pública pensando em uma estabilidade financeira - profissional ou um espaço de transição, enquanto não podem trabalhar com o que realmente desejam. Logo, quando se fala dessas duas questões, pode-se estar evidenciando um possível atravessamento afetivo com a prática, que pode ficar comprometida.

A falta de interesse real, a não adequação, a confrontação com questões novas, o desconhecimento fazem com que esse campo apresente muita rotatividade, o que compromete a eficácia e o seguimento do trabalho. Além disso, pode comprometer a visão e a importância da atuação da Psicologia neste campo de trabalho.



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

A psicologia da saúde é o que se apresenta de mais promissor nos caminhos rumo a perspectiva de uma nova dinâmica na prática clínica e, por assim dizer, nos próprios sustentáculos nos quais se constrói a psicologia contemporânea (ANGERAMI-CAMON, 2009).

No que diz respeito às perspectivas da Psicologia da Saúde, pode-se dizer que a Psicologia da saúde é um espaço em construção, que ainda precisa ser conhecido, debatido e repensado. Existem inúmeras possibilidades de atuação que ficam escondidas atrás de uma prática unidimensional. A Psicologia da saúde abre uma possibilidade de atuação que transcende a clínica individual tradicional, possibilitando um trabalho multidisciplinar, com novas formas de intervenção, assim como com uma visão diferente das possibilidades de atuação do Psicólogo no campo da saúde.

REFERÊNCIAS

- ANGERAMI-CAMON, Valdemar Augusto. O Ressignificado da Prática Clínica e suas Implicações na Realidade da Saúde. In: _____. (Org.). **Psicologia da Saúde: um novo significado para a prática clínica**. São Paulo: Cengage Learning, 2009. p.07-21.
- BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 set. 1990. P. 018055
- LIMA, Mônica. Atuação Psicológica Coletiva: uma trajetória profissional em Unidade Básica da Saúde. **Psicologia em Estudo**, Maringá, V.10. n.3. p. 431-440. Set/dez, 2005.
- SPINK, Mary Jane. Psicologia da Saúde: a estruturação de um novo campo de saber. In: _____. **Psicologia social e saúde: práticas, saberes e sentidos**. Petrópolis, RJ: Editora Vozes, 2003. p.29-39.
- SPINK, Mary Jane, MOTTA, Gustavo Corrêa. A prática profissional Psi na Saúde Pública: configurações históricas e desafios contemporâneos. In: SPINK, Mary Jane (Org.) **A Psicologia em diálogos com o SUS: prática profissional e produção acadêmica**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010. p.24-51.



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

TEIXEIRA, José A. Carvalho. Psicologia da Saúde. **Análise Psicológica**, Portugal, 3
(XXII). p.441-448, 2004.





III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Psicologia Positiva e calendário emocional: a construção saudável de si

Juan José Mouriño MOSQUERA ¹

Claus Dieter STOBÄUS ^{1 2}

¹ Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS)

² UNILASALLE

RESUMO

O trabalho aborda elementos constitutivos da Psicologia Positiva, mormente referentes ao desenvolvimento humano saudável. Revê autores da Psicologia Humanista-existencial, com a proposta de unir o florescer humano ao bem-estar pessoal e social, com a divisão em três grandes elementos, quais sejam: emoções positivas, traços positivos e instituições positivas. Aprofunda sobre a construção de si de forma salutogênica, como estrutura da base personalógica, em constante desenvolvimento no transcorrer da vida, direcionando para reflexões sobre a dinâmica vital, ao longo de toda a existência, levando em conta aspectos de bem-estar e de melhor desenvolvimento de expectativas, sentimentos e valores. Possibilita interfaces com o Calendário Emocional, recentemente salientado e que permite entender como o ambiente e a pessoa interatuam ao longo do ciclo vital, revendo as estações do ano, os tempos e espaços, acontecimentos significativos que atuam ao longo da maturação e maturidade humana. Todos estes elementos levam a melhor entender e poder atuar em um desenvolvimento humano em todas suas fases e dimensionalidades.

Palavras-chave: Psicologia Positiva; construção de si; calendário emocional; saúde; adultos

INTRODUÇÃO

No trabalho, retomamos a perspectiva d da construção de si mesmo durante a vida adulta, aprofundando no desenvolvimento da identidade, com a possibilidade da construção de si mesmo, que é um processo que dura toda a vida e que só involui quando já não existem condições personalógicas e culturais para o seu desenvolvimento e



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

reconhecimento, ao final da vida. Foram destacados em especial nos escritos de Freud e William James, no final do século XIX, passam pelos humanistas existenciais como Jung, Rogers, Sartre, Maslow, retomados mais recentemente na Psicologia Positiva.

Embora a temática da construção de si tenha baseado-se muito em autores que estudam biografias, autobiografias e narrativas e histórias de vida, ao mesmo tempo é destacada na Psicologia do desenvolvimento da personalidade, levando em conta seu entorno, história desenvolvimental e de construção de conhecimento, ao longo de sua vida. A Psicologia Positiva, retomando aspectos do desenvolvimento da personalidade, especialmente em seus aspectos mais positivos e saudáveis, tende a contemplar mais que somente a doença, entendendo o ser humano como uma pessoa intrinsecamente saudável, capaz de desenvolver fortalezas e virtudes que tornam sua vida melhor em qualidade e em bem-estar. Junto com estes elementos, destacamos a afetividade e a vida emocional, mormente em sociedades atualmente tão tecnologizadas.

O tema Calendário Emocional é bem recente e inovador, já que tenta estudar influências de climas, ambientes e paisagens no desenvolvimento humano, ao realizar sua construção de si, bem como de valores essenciais para este novo milênio, conforme Sharp (2011). Novamente cabe alertar que o ser humano não é uma pessoa neutra, pois tem valores, expectativas e interesses que incidem sobre sua vida. A escolha intencional pelos autores neste sentido possibilita refletir sobre o desenvolvimento humano saudável, positivo, ajudando na construção melhor de si mesmo.

A construção de si

Monereo & Pozo (2011), no seu trabalho sobre a *Identidade em Psicologia da Educação*, comentam que a identidade humana é um processo que nos leva a compreender a unicidade e a diversidade que as pessoas desenvolvem ao longo de suas vidas e que tem como objetivo a compreensão de que somos singulares, ao mesmo tempo que plurais. Alertam sobre a constituição de pessoa e grupo humano ao que pertence, ampliando a consciência de si mesmo, ou mesmo como ampliação do nosso cérebro, bem descrito Damásio (2011), quando utiliza a metáfora de que o cérebro criou o homem.



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

A identidade, então, é um processo, e não um produto, sua construção perdura toda a vida, sendo responsável para o reconhecimento de nossa própria pessoa e da construção que estabelecemos de nós mesmos, influenciada pelos demais, vivendo em sociedade.

Ramírez (2011) relata que elementos como cultura, sociedade, etnia ou linguística são aspectos que configuram o humano em toda a sua construção personalógica, ao longo da vida, e de que o estudo do social e do cultural deve compreender-se como um âmbito amplo que envolve o si mesmo, inclui suas experiências como ser humano, contextualizadamente, com elementos constitutivos como o corpo que temos, nossas intersubjetividades, desejos, motivos, capacidades. Identidade e si mesmo são aspectos integradores estudados pela Psicologia e pela Educação, mas também aparecem descritos na literatura, como em Fernando Pessoa (2006), na obra *O eu profundo e os outros eus*, sobre a vida humana e nossa capacidade de contemplar a diversidade humana. A poesia, a narrativa e a literatura demonstram que entender a construção de si não é só de cunho científico, mas pode remeter às Artes e Letras.

Nesta construção constante de mim mesmo, à medida que me reconheço como pessoa singular, abro também as perspectivas para a pluralidade dos outros *eus* profundos, o sentido do humano, a possibilidade de ser plural e de me permitir novas perspectivas que me ampliam em termos de dimensões como ser humano, capaz de intercambiar valores, fortalezas e virtudes, conhecimentos e ideias, habilidades e atitudes.

Delory-Momberger (2008, p. 63), quando refere-se à construção biográfica e ao projeto de si, destaca que a construção biográfica inscreve-se numa dinâmica temporal que articula estreitamente três dimensões: passado, presente e futuro, sendo que estas três dimensões nos projetam ao futuro, para adiante. Justamente entendemos que o maior sentido para nossa existência está no sentido de construir projetos que nos levem a novos horizontes e novas possibilidades. Salienta (p.65) que a “construção biográfica é, pois a tentativa, necessariamente inacabada e indefinidamente reiterada, de reduzir a distância que separa do eu do seu projeto primordial”. Estamos continuamente elaborando um balanço vital que nos oferece uma síntese daquilo que somos, e de quem poderemos vir a ser.

A construção que cada um faz de si mesmo não é neutra, mas é um contínuo de valores e sentidos que nos levam a integrar toda a perspectiva deste processo de identidade através das diferentes possibilidades que nos incitam a pensar que somos seres dinâmicos,



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

não parados no tempo, constantemente (re)construindo nosso discurso, nossas vivências, nossa maneira de entender mundo, a partir de possibilidades, interesses e valorizações.

Berger (2008, p. XI) diz que “cada ano, cada dia e inclusive cada hora é um presente para ser preenchido com felicidade e trabalho. Por isto é o que eu acredito”. Para a autora, a vida adulta é o desenvolvimento das etapas: adultez inicial, adultez média e envelhecimento.

Esta etapa é denominada também como adultez tardia, como salientam Ferreira, Goulart, Stobäus e Mosquera (2012). Destacamos ainda que todo o ciclo vital, desde a concepção até a morte, é um contínuo de alterações de formas vitais que dão sentido à nossa existência, através do que denomina Sharp (2011) de Calendários Emocionais.

Não é nossa intenção aprofundar a formulação dos diferentes momentos da vida adulta, mas compreender o espaço vital os elementos que consideramos mais importantes.

Como relatava Mosquera (1987), devemos entender que o adulto jovem é uma pessoa extremamente desafiadora porque está no início do projeto mais profundo de consolidar sua identidade e iniciar a construção de si mesmo como pessoa adulta. Devido aos avanços neurocientíficos e sobre o desenvolvimento da personalidade, podemos dizer que a problemática socioeconômica influi na construção de uma personalidade adulta que preveja a valorização de si mesmo e, especialmente, antevêja mais claramente o horizonte de novas possibilidades que se avizinha. É a etapa de construir e intensificar relações sociais, iniciar na profissão/emprego, sair de casa, assumir responsabilidades

Na adultez média, fundamentalmente denominada etapa da conquista da maturidade, temos a responsabilidade de preparar o futuro dos mais jovens e de manter com a máxima capacidade de bem-estar o presente e o futuro dos adultos tardios, diz Mosquera (1987).

A adultez tardia tem preocupado inúmeros autores e apresenta cada vez mais possibilidades de vivência para pessoas que se encontram nesta etapa existencial, mormente quando temos possibilidade de longevidade com qualidade de vida além dos 110-120 anos, como destaca Fernández-Balleteros (2009).

Nesta etapa, um tema que nos tem chamado muito a atenção é o desenvolvimento da sabedoria, com a atual possibilidade de manutenção de funcionamento cerebral. A sabedoria tem sido estudada por autores clássicos como Erik Erikson, contemporaneamente pela autora portuguesa Helena Marchand (2005a), que dedica um



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

capítulo de seu livro a seu estudo, salientando que ‘a sabedoria é um conceito particularmente complexo’, e dedica todo o livro (2005b) ao tema. Diz que o conceito de sabedoria é amplo, engloba dimensões cognitivas que dão suporte a uma forma específica de saber, o estilo cognitivo do sujeito nomeado reflexividade e a dimensão conativa, o que significa descentração e empatia. É também a possibilidade de poder ampliar nossos conhecimentos e possibilidades de aproximação emocional inteligente com todos aqueles que nos rodeiam e os quais fizeram e fazem (e farão) parte da nossa vida.

Finalmente, gostaríamos de chamar atenção de que toda essa construção de si tem um caráter eminentemente personalógico e sociocultural. A caminhada, por exemplo no campo da Educação, é feita através do encontro da identidade do docente com a identidade do aprendiz, conforme salientam Falsafi e Coll (apud Monereo & Pozo, 2011) de que justamente a identidade é o resultado do encontro daquilo que os autores referem ser uma noção de Baktin, o chamado dialogismo, no qual as pessoas dão o sentido à sua existência definindo seu lugar específico nela, em uma operação que realizam no tempo e no espaço cognitivo, com as categorias básicas da percepção. Citam que a construção da identidade e o que podemos chamar a construção do eu é o tipo de materialização do dialogismo, uma maneira de dar sentido à nossa participação em nossos contextos específicos.

Assim, podemos dizer que a análise da identidade pode entender-se como a análise do processo pelo qual as pessoas chegam a dar sentido à sua participação em atividades de aprendizagem, mediante o reconhecimento de si mesmas como aprendizes e que os valores e emoções acompanham este reconhecimento. Acrescentaríamos que, para ver-nos a nós mesmos como realmente somos, necessitamos apropriar-nos também dos comentários dos outros, por isso são as categorizações dos outros que me permitem objetivar melhor minha própria percepção. Em outras palavras, eu também sou o autor de mim mesmo.

Desse modo, em chegando a um momento crucial da nossa reflexão, podemos entender que a construção de si próprio é um processo ao mesmo tempo cognitivo, afetivo e sociocultural. Atende àquilo que nós temos estudado ao longo de todos estes anos, a identidade como processo, a autoimagem e a autoestima e os autovalores da nossa própria existência, e tudo isso combinado passa a ser o que denominamos o si mesmo.

Um ponto muito importante é a consideração e o apreço que desenvolvemos por nossa própria pessoa, que é a base de toda a estrutura daquilo que denominamos emoções e sentimentos positivos.



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Assim como não existe nenhuma idade final para aprender ou para emocionar-se, também não existe idade para o final do desenvolvimento espiritual do ser humano, já que a construção da espiritualidade acompanha a construção de si mesmo e o reconhecimento da sua integralidade como pessoa projetada no futuro.

Reiteramos, uma vez mais, que toda essa temática pode ser reconhecida tanto na Psicologia mais avançada e progressiva que denominamos como Psicologia Positiva, como em uma Educação capaz de estabelecer novas formas de organização mental, capacidade maior de afetividade e de integralidade no mundo que nos rodeia.

Contribuições da Psicologia Positiva

A Psicologia Positiva é extremamente significativa para poder entender e estudar uma linha mais avançada, motivo de debate e análise nos meios acadêmicos nos últimos tempos.

Poseck (2008) chama a atenção de que o movimento que conhecemos como Psicologia Positiva apareceu nos Estados Unidos no final da década dos anos 90 do século passado. Complementa que há consenso em estabelecer o seu início formal na conferência inaugural que proferiu Seligman ao iniciar a sua etapa como presidente da Associação Americana de Psicologia (APA) em 1998. Ele destacou que havia o excessivo interesse da Psicologia em descrever a doença e aspectos mais negativos da personalidade, esquecendo os aspectos positivos, muito especialmente emoções, sentimentos, valores e fortalezas do ser humano. Salientava que um dos iniciadores da Psicologia Positiva foi Maslow (1991), que escreveu um capítulo em um dos seus livros sobre a Psicologia do ponto de vista positivo.

Maslow é reconhecido como um autor que foi altamente relevante para o estudo da denominada Psicologia Humanista, sem dúvida, a antecessora legítima da Psicologia Positiva.

É importante recordar que a Psicologia como ciência eminentemente humana tinha originalmente três propósitos: curar as doenças mentais; fazer com que a vida das pessoas fosse mais feliz e identificar e cultivar o talento. Isto infelizmente ficou postergado e a Psicologia adquiriu um cunho mais curativo do que promocional da saúde.



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Seligman, segundo Poseck (2008), transmitiu ao comitê da APA que aquele era o momento para retomar os objetivos originais da Psicologia e de que ele não deveria ser um simples ramo da saúde pública ou uma extensão da medicina.

A partir das suas primeiras manifestações, Seligman conseguiu o apoio tanto de instituições privadas quanto de instituições públicas e, assim, passou a confirmar e a inaugurar uma rede de Psicologia Positiva, que apareceu publicada na revista *American Psychologist* no princípio do século XXI. Gostaríamos ainda de chamar a atenção de que a Psicologia Positiva tem estreitos laços com a Psicologia da Saúde e que ambas são extremamente importantes para a compreensão de tudo aquilo que pode levar à construção de si e ao desenvolvimento de formas mais saudáveis da personalidade humana.

É óbvio que precisamos de uma visão mais saudável da vida humana, o que é, no nosso entender, amplamente valorizado pela Psicologia Positiva, quando amplia o foco de interesse nos seres humanos, passando a abranger as ideias de caráter, fortalezas e virtudes, sem deixar de lado emoções e sentimentos. A preocupação fundamental não é deixar de lado os aspectos negativos, nosso foco é procurar ressaltar os pontos mais saudáveis, ao olhar mais para além da doença e procurar tratamentos e transformações mais saudáveis, destinados a promover e compreender o que já tínhamos chamado a atenção, as fortalezas humanas.

Os pilares da Psicologia Positiva fundamentam-se em três grandes elementos a seguir: emoções positivas, traços positivos e instituições positivas.

Emoções Positivas, que podem ser a alegria, a esperança, a devoção e o agradecimento, parecendo terem sido esquecidas durante muitos anos.

Recordamos que Mosquera (1978) preocupava-se com os sentimentos dos professores nos diferentes níveis de ensino, já em sua tese de Doutorado, vendo a afetividade e o desenvolvimento emocional como muito importantes na vida dos docentes. Por outro lado, os estudos realizados por diferentes pesquisadores têm chamado a atenção, desde finais do século XX até os princípios do século XXI, a importância da vida afetiva nos seres humano e, muito especialmente, o papel da afetividade nos processos de ensino e de aprendizagem. Portanto, as emoções positivas que ainda tentaremos analisar melhor são, por natureza, um dos pilares mais sólidos da Psicologia Positiva.

Traços Positivos, outro pilar importante para alcançar uma vida satisfatória ou, como reconhece Seligman, um maior e melhor bem-estar, sendo necessário ter



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

conhecimento e cultivar aquelas variáveis internas ou traços de personalidade que nos ajudam a ser melhores e mais felizes. Recordemos que no século XX, em seus primórdios, o psicólogo Allport (1973) já dava a seguinte explicação sobre a personalidade humana, seria a organização dinâmica na pessoa daqueles sistemas psicofísicos únicos e originais que determinam seus ajustamentos ao ambiente.

Temos aqui já um dos pontos principais do calendário Emocional e, ao mesmo tempo, a ideia de que estes sistemas são formas inequívocas de procura de caráter, fortalezas e virtudes, utilizados por psicólogos, psiquiatras, educadores, cuidadores e docentes para conseguir ajudar pessoas e promover maior e melhor bem-estar. Tudo isso observa-se de maneira muito específica na consecução da Psicologia Positiva, sua afirmação no século XXI.

O terceiro pilar são as **Instituições Positivas**, pois em sociedades que aspirem possuir um conjunto que apóie, fomenta e valoriza as emoções positivas, os sentimentos positivos e as fortalezas pessoais devem prosperar em Instituições Positivas, como são as democracias, a família bem estruturada, a liberdade de informação e de comunicação, a segurança econômica e social e muito especialmente, a boa educação. Tudo isto para que, além da sua importância vital para o trabalho acadêmico e social, seja grande incentivadora do desenvolvimento de identidade e, muito veementemente, da construção de si, especialmente em ambiente propiciadores e provocadores. Temos a convicção de que, como educadores e cuidadores, devemos estar extremamente ligados ao bem-estar humano, especialmente quando atendemos em níveis institucionais sadios de motivação, crescimento e autorrealização.

Seria oportuno ressaltar que a Psicologia Positiva tem e deve ter um cunho e corte científico, com rigor e solidez empírica. Tentamos dizer aqui que a Psicologia Positiva não é absolutamente uma forma utópica de trabalho, muito menos de propostas de auto-ajuda, mas uma forma concreta de atendimento no que entendemos por saúde e bem-estar.

Como estudiosos e docentes firmemente integrados na Psicologia Humanista-existencial, gostaríamos ainda de dizer que estamos plenamente conscientes de quanto essa Psicologia ajudou no entendimento da construção de si, a partir de autores como Rogers, Maslow e Fromm, que destacavam estes princípios em que também acreditamos. Como já tínhamos dito, em Maslow (1991), encontramos antecedentes da própria Psicologia



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Positiva, em sua obra *Motivação e Personalidade*, e muito especialmente no conceito de autorrealização.

A Psicologia Positiva tem sido motivo de interesse do autor português Barros de Oliveira (2010), sendo um dos primeiros autores que tinha trabalhado esta temática em Portugal. Para ele, e concordamos com estas ideias, a Psicologia tem estudado particularmente o funcionamento negativo da personalidade, em especial as emoções negativas (depressão, desânimo, ansiedade, solidão, agressividade, culpa, timidez). Por isso, afirma ele, é necessária uma visão mais concreta e significativa de saúde, consequentemente mais salutogênica, procurando novas formas de abordagem. Também nos ilustra que, na metade da primeira década do século XXI, a Psicologia Positiva estava em pleno andamento especialmente preocupada com as forças de caráter e virtudes que as pessoas deveriam desenvolver, em um mundo em contínua mudança.

Considera que é muito importante conhecer aspectos como o amor, a felicidade, a alegria, o sentido do humor, o otimismo a esperança, o perdão, a coragem, a beleza, o sentido da vida, a espiritualidade e deixamos por último o tópico, intitulado a sabedoria. Ainda nos coloca outros temas que poderiam completar estes aspectos positivos da vida, entre eles: o altruísmo, a amizade, a autenticidade, a compaixão, a constância, a criatividade, a eficácia, a empatia, a excelência, a flexibilidade, a fluência, a gratidão, a honestidade, a humildade, a paciência, a serenidade e a resiliência.

Como podemos ver, estas virtudes e estas fortalezas são de extraordinária importância para compreender a construção de si e o desenvolvimento de identidade, e é possível que nos demos conta de que tudo isso pode ser levado a efeito através de uma Educação que esteja intimamente ligada à construção de si mesmo, como foi colocado no princípio deste trabalho. Somos de opinião que hoje os estudos desenvolvidos sobre Psicologia Positiva nos possibilitam uma nova forma de ver a realidade e de compreender como estamos construindo nossa personalidade através de diferentes aspectos que compõem o mundo da Educação, das sociedades em desenvolvimento e da cultura.

Ainda gostaríamos de afirmar que a Psicologia Positiva é uma tarefa de dimensões internacionais e chega à América Latina, em obras como a de Solano (2010), que chama a atenção para estudos transculturais de investigação e de práticas aplicadas ao bem-estar da sociedade, ao bem-estar docente e ao bem-estar dos cuidadores. Por isto cabe perguntar: o que torna as pessoas mais felizes? O que é uma boa vida? Como melhorar a partir de



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

nossas fortalezas e não dos nossos defeitos? E finalmente, o que nos converte em pessoas virtuosas?

Diversas pesquisas nesse novo enfoque da Psicologia Positiva mostram temas como o bem-estar que será enfatizado no livro *Florescer* de Seligman (2011), ao lado daquelas virtudes e fortalezas que tinham sido apontadas pelo autor português Barros de Oliveira.

Solano (2010) destaca que, no século XX, a Psicologia ocupava-se basicamente em estudar as carências humanas e sua possível reparação, como a depressão, os transtornos psicopatológicos, o estresse, a ansiedade, as adições às drogas, o suicídio e os transtornos alimentares. Por isto, o autor latino-americano acredita que uma Psicologia do século XXI não só deverá ocupar-se em reparar o dano psicológico, senão em como potencializam-se as qualidades positivas de todos os seres humano e que merecem desenvolvê-las. Não devemos desconhecer o sofrimento e a doença, senão que, como cuidadores, educadores e historiadores da vida humana, devemos potencializar a saúde e potencializar o florescimento.

Referindo-nos ao livro de Seligman (2011, p. 23), *Florescer*, ressaltamos que ele preconiza uma ampliação, o que chama de uma nova Psicologia Positiva, de considerar a aplicação que deve ocorrer em diferentes áreas do conhecimento e do viver humanos, e chamou muito a atenção, no prefácio do livro, “este livro vai ajudá-lo a florescer”. Ainda acrescenta que suas ideias mudaram desde a publicação do livro *A felicidade autêntica*, e que a própria Psicologia também está mudando.

Esta nova Psicologia enfatiza o bem-estar e a preocupação é fazer a transposição da Teoria da Felicidade Autêntica para a Teoria do Bem-estar. O tema fundamental para ele antes era a felicidade, agora é o bem-estar, com cinco grandes dimensões: emoção positiva, engajamento, sentido, relacionamento positivo e realização. Também nos chama a atenção que o grande objetivo é aumentar o florescimento, que entendemos pela construção de si, além do engajamento da própria pessoa e do si mesmo, o engajamento da pessoa em si mesma e nos outros. Acrescentamos a procura de sentido, que já encontra-se em outros autores como Maslow e Frankl, e na evolução dos relacionamentos positivos que desenvolvemos com os outros seres humanos, até alcançar uma evolução na própria vida humana.



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Seligman (2011) chama a atenção de que o bem-estar é um construto e que é o bem-estar e não a felicidade o tema da Psicologia Positiva, e novamente ele nos chama atenção que o bem-estar reprisa os cinco elementos que ele considera fundamentais, repetindo que são as emoções positivas (felicidade, satisfação com a vida, são aspectos dela), o engajamento, que é, no nosso entender, uma grande virtude, que é a capacidade de estar constantemente inserido na própria vivência e na construção de si e dos outros e por último apenas para citar o relacionamento, estabelecer elos de relações cada vez mais afetivos entre os seres humanos e suas instituições, tudo isso os leva a ter sentido e à realização.

A Psicologia Positiva é entendida como estudo do funcionamento psíquico ótimo, do ponto de vista de pessoas, grupos e instituições. Como já vimos, ele inova acrescentando que o ser humano tem a possibilidade de (auto)dirigir-se e propor seu próprio futuro, com o autoflorescimento.

Um novo ideário desafiador: o Calendário Emocional

Tivemos oportunidade de entrar em contato com a obra de Sharp (2011), intitulada *O calendário emocional*, em que ressalta o autor que tenta compreender as influências das estações e das etapas emocionais durante a vida para ser mais feliz, sentir-se realizado e controlar sua vida pessoal. A obra nos chama a atenção porque une toda uma visão da psiquiatria com a psicologia, o meio ambiente e as próprias histórias de vida, e isto é extremamente importante para entender melhor o que acontece conosco no transcorrer de nossa evolução vital: os minutos, as horas, os dias, os meses e os anos.

Citando Sharp (2011, p. 19), estamos muito habituados a entender nossa vida como um segmento de continuidade, por isso afirma que,:

Para compreender o teu calendário emocional, tens que começar a pensar na vida de maneira diferente a como tu fazias até agora não como se fosse o som constante de um tambor de dias, semanas, meses e anos, senão como se tratasse de uma sucessão de períodos de tempo de diferente duração e cada um deles com diferentes influencias.

Ainda acrescenta que:

[...] nosso calendário emocional está menos estruturado que a nossa agenda diária e com efeito e às vezes mais sutil e outras mais notório, porém a miúdo



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

muito menos previsível em ocasiões é difícil de manejar e nos provoca conflitos
porém sempre vem pleno de emoções e significados.

Gostaríamos de chamar a atenção de que estas ideias nos colocam ante uma nova realidade, a vida emocional é de grande importância para compreender como nos desenvolvemos nas diferentes estações do ano e de como cada evento ou acontecimento significativo é para poder entender a vida na sua diversidade e significado. Na primeira parte do seu livro, nos coloca elementos sobre o clima na maior parte dos Estados Unidos, as quatro estações do ano que, segundo ele, seriam um verão ‘super carregado’, a realidade do outono, a ampla mão do inverno, e a primavera e o que ela quer significar.

Através destas estações ele quer estabelecer os sentimentos que desenvolvem-se em cada uma delas, especialmente os eventos que foram marcados para determinar as narrativas de vida que as pessoas estabelecem com a natureza da sua vida sentimental e afetiva.

Lembraríamos aqui que podemos fazer uma referência à própria vida humana, em que a primavera significaria a infância e a adolescência, o verão é a vida adulta jovem, o outono é a vida adulta média e o inverno é a vida adulta tardia. Estas estações estão intimamente ligadas ao transcorrer do ciclo vital e à construção de si mesmo.

Como sabemos, a primavera é uma etapa de florescimento em que tudo brota e germina, em que a vida apresenta o seu aspecto mais florescedor, pois sabemos muito bem que a infância e a adolescência são momentos muito significativos de construção e que eles nos ajudam a possibilitar a preparação para a maior etapa da vida, que é a vida adulta. Devemos recordar que este tema já foi salientado no momento em que tínhamos consciência sobre a vida como elemento de elaboração e de preparo para os outros momentos existenciais.

Acreditamos que o Calendário Emocional não mede-se em anos cronológicos ou em anos determinados, mas tem a ver com aquilo que marca nossa existência como ser humano. Por outro lado, a metáfora do florescer tem um significado muito importante para o que representa os primórdios da primavera, isto é, infância e na adolescência.

O que entendemos da obra de Seligman (2011) é que o florescer é uma procura de bem-estar e de reencontro com a nossa própria pessoa, na infância e na adolescência, e que



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

esta procura dá-se em diferentes cenários da vida e em diferentes momentos circunstanciais.

Já a etapa da vida adulta jovem está intimamente ligada ao verão, à força e à energia da luz e das sombras e, ao mesmo tempo, à constituição de uma estrutura adulta para enfrentar novos momentos vitais. É evidente que nestes momentos nos apercebemos de quanto o verão é simbolicamente luz e calor, força e energia, determinação dos nossos destinos e perspectivas voltadas para o futuro e para a consecução das propostas elencadas para nossa vida nas próximas etapas, da estruturação e do desenvolvimento.

Nas considerações sobre o outono da vida salientamos a dimensão da vida adulta média, que é o momento dourado e de transição em que recolhe-se os frutos do que foi semeado anteriormente, a qual apresenta-se provavelmente como a fase mais importante da vida. Esta etapa está prenhe de grandes significados, em que podemos perceber o quanto somos responsáveis por nossa construção e pela construção dos outros. É evidente que a vida adulta média em todos os seres humanos, independente da sua origem e do seu estatus; transcorre com significações profundos, que nos levam à ‘transmutação da natureza na transmutação da nossa natureza’.

Lembramos aqui a peça musical extraordinária de Antonio Vivaldi, na qual o outono aparece com luminosidade própria de um declínio opulento de sons e formas, que nos levam à meditação de como nesta etapa da vida as pessoas precisam pensar na sua ‘música interior’, que está cheia de sentimentos, valores e atitudes.

E finalmente o inverno, que pode-se associar à adultez tardia, também chamada envelhecimento, e que gostaríamos relacionar com a primavera da vida. Sabemos que cada vez mais temos a possibilidade de viver mais tempo e que esta possibilidade encontra-se com a necessidade urgente de oferecer mais possibilidades e incentivos àquelas pessoas que alcançaram chegar ao que é denominado o momento de especial atenção entre a vida e a morte.

Ao fazer estas reflexões, lembramos aqui que são reflexões emanadas do excelente livro de Sharp (2011) sobre o Calendário Emocional. Por isso, acrescentaríamos que raivas, medos, depressões, ira ou felicidade, bem-estar e alegria tem muito a ver com a ambiência na qual nos encontramos e que tudo isso pode ser narrado levando em conta que cada ser humano é uma história única e irrepetível, que pode ser narrada para si mesmo e



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

para os outros, e que, ao fazermos nossa história, fazemos a narrativa de nossos sentimentos, valores e expectativas.

Sharp (2011) serviu-se de grande parte das histórias dos seus pacientes, ou de pessoas que autorizaram a contagem da sua história, para entender os diferentes momentos pelos quais passaram nas estações da vida e nos quais desenvolveram sua depressão ou seu florescimento. Tudo isso é de extrema importância para poder entender o milagre da saúde humana ou da doença e compreender que, ao lado da nossa ‘paisagem interior’, temos também a ‘paisagem que nos rodeia’ e que, muitas vezes, estas paisagens encontram-se no limite da nossa dimensionalidade vital ao caminho do fenecer.

A segunda parte do livro de Sharp (2011) contempla os fatores meioambientais, que são o frio e o calor, a luz e a escuridão, vento e tormenta, tempo de catástrofes. Como podemos perceber, o autor faz uma rica análise do que acontece no meio ambiente e de como isso influencia na subjetividade humana e como estes fatores podem estar intimamente ligados aos fatores emocionais e como, a partir deles, temos as interinfluências que trazem lembranças psíquicas com as ambientais.

A terceira parte do livro é a que, provavelmente, mais nos interessa, já que nos explica como nos diferenciamos e somos, ao mesmo tempo, pontos de apoio entre cada um de nós e o outro. Por isso, lembremos o que afirma o autor (p. 179): “o calendário emocional das pessoas é único, construído pela disposição genética e a experiência individual e influído intensamente por uma extraordinária coleção de episódios tanto acidentais como previsíveis”.

Esta idéia é fundamental, já que Sharp (2011) nos mostra como é possível entrelaçar todo o viver humano enquanto ambiência que nos rodeia e aquilo que denominávamos paisagem interior.

Gostaríamos de acrescentar outra ideia que nos chamou a atenção na leitura do livro, de que o calendário das pessoas tende a coincidir até certo ponto, fundamentado em experiências compartilhadas e similares pontos de vista. Acrescenta (p. 179):

Por outra parte me surpreende uma e outra vez os muitos casos de amigos íntimos, pais e filhos, inclusive maridos e esposas cujas vidas e experiências coincidem, porém as respostas são completamente diferentes, já sejam físicas ou emocionais.



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Isto pode nos dizer o quanto consideramos como importante a construção de si, em determinados ambientes, em determinados países e em determinadas situações.

Sharp (2011) ainda insiste que não podemos prever que episódio da vida pode converter-se em um ponto-chave emocional, já que nosso cérebro tem uma complexa estratégia de registrar e recuperar lembranças. Por isto, ainda, cada coisa que olhamos, ouvimos, tocamos e saboreamos é uma lembrança que pode tornar-se muito significativa.

Todas estas idéias apresentadas são de extrema importância para a compreensão do Calendário Emocional, pois não é de estranhar que o nosso calendário encontra-se irreversivelmente vinculado com o nosso passado, enquanto que grandes acontecimentos podem ter significados muito específicos em determinadas uma das estações.

Por isso depreendemos que existem ‘calendários oficiais’ e que existem momentos-chave em cada ano ou nos anos da nossa vida, ‘festas significativas’ que podem emocionar ou podem nos deprimir, levando em conta nossas memórias pessoais e nossas memórias socioculturais, ao longo de nossas vidas.

O livro de Sharp (2011) é um extraordinário complemento do que podemos entender sobre a história das pessoas, dentro da história do tempo e em diferentes ambientes e climas. O Calendário Emocional é uma forma de refletir sobre como ele chama nossa memória emocional, nosso calendário pessoal, nosso calendário social, e essa influencia estima sobre o nosso interior, isto é, nossa subjetividade, bem como sobre o exterior, a nossa ambiência.

Somos seres culturais e subjetivos, ao mesmo tempo somos seres ambientais, e unir isto significa desenvolver melhor a nossa própria construção de si, que passa pelos momentos-chave de nossa vida e de significações que damos a ela.

COMENTÁRIOS FINAIS

Após termos exposto as ideias sobre aspectos da construção de si, as contribuições da Psicologia Positiva e os elementos do Calendário Emocional, nos damos conta de que tudo isso tem uma integração e interação, que reforçam a necessidade do viver e de poder (re)contar a nossa própria história.

O ser humano é um ser que aprende a narrar-se a si mesmo e sobre si mesmo, que tem praticamente a obrigação de florescer, que passa por etapas do calendário emocional.



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Cada vez mais nos damos conta de que, se a racionalidade é importante, é muito importante também e significativa a história da afetividade e a história da nossa vivência, no mundo que nos tocou viver.

Ao encerramos este estudo, queremos fazê-lo com a convicção de que é importante ressaltar que a própria vida humana é um grande mistério, que pode-se florescer naquilo que chamaríamos de sensibilidade do nosso sentir, para a luz e para com as sombras, com a certeza que todo ser humano é uma história que nunca está terminada, é única e irrepetível.

REFERÊNCIAS

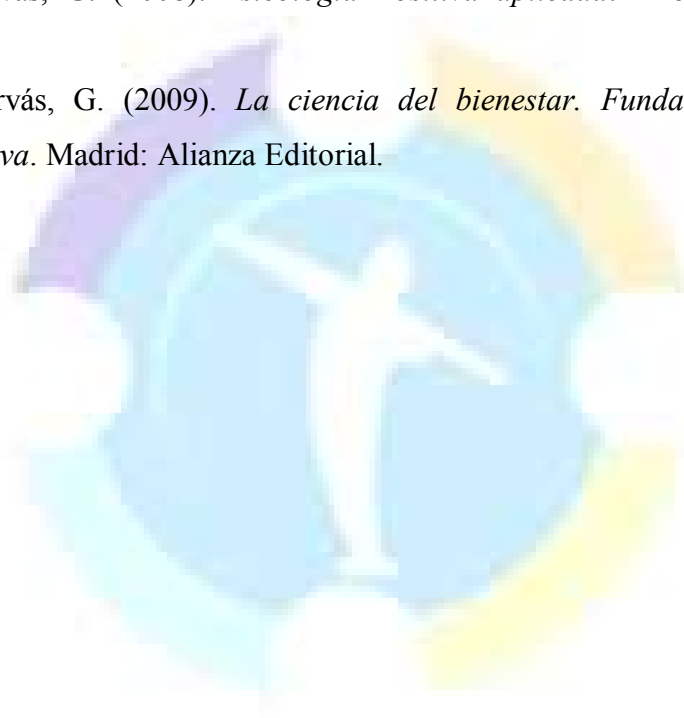
- Allport, G. (1973). *Personalidade*. São Paulo: EPU/EDUSP.
- Barros de Oliveira, J. H. (2010). *Psicologia Positiva. Uma nova psicologia*. Porto: Legis Editora.
- Fernández-Balleteros, R. (2009). *Envejecimiento activo. Contribuciones de la Psicología*. Madrid: Pirámide.
- Berger, K. S. (2008). *Psicología del desarrollo. Adultez y Vejez*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Bertaux, D. (2010). *Narrativas de vida: a pesquisa e seus métodos*. Natal: EDUFRN; São Paulo: Paulus.
- Damásio, A. (2011). *E o cérebro criou o homem*. São Paulo: Companhia das Letras.
- Delory-Momberger, C. (2008). *Biografia e educação: figuras do indivíduo-projeto*. Natal: EDUFRN; São Paulo: Paulus.
- Ferreira, A. J., Goulart, D., Stobäus, C. D., & Mosquera, J. J. M. (2012). Investindo na Educação para um envelhecimento com qualidade de vida. In A. J. Ferreira, C. D. Stobäus, D. Goulart, & J. J. M. Mosquera *Educação e Envelhecimento*. Porto Alegre: EDIPUCRS. <http://www.pucrs.br/edipucrs> (on-line).
- Marchand, H. (2005a). *Psicologia do adulto e do idoso*. Coimbra: Quarteto.
- Marchand, H. (2005b). *A idade da sabedoria*. Porto: Âmbar.
- Maslow, A. (1991). *Motivación y personalidad*. Madrid: Díaz de Santos.
- Monereo, C., & Pozo, J. I. (org). (2011). *La identidad en Psicología de la Educación. Necesidad, utilidad y límites*. Madrid: Narcea.
- Mosquera, J. J. M. (1978). *O professor como pessoa*. Porto Alegre: Sulina.



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

- Mosquera, J. J. M. (1987). *Vida Adulta*. (3 ed) Porto Alegre: Sulina.
- Pessoa, F.. (2006). *O eu profundo e os outros eus*. Rio de Janeiro: Nova fronteira.
- Poseck, B. V. (2008). *Psicología positiva. Una nueva forma de entender la Psicología*. Madrid: Calamar Ediciones.
- Seligman, M. E. P. (2011). *Florescer: uma nova compreensão sobre a natureza da felicidade e do bem-estar*. Rio de Janeiro: Objetiva.
- Sharp, J. R. (2011). *El calendario emocional*. Barcelona: Luciérnaga Nova.
- Solano, A. C. (org). (2010). *Fundamentos de Psicología Positiva*. Buenos Aires: Paidós.
- Vázquez, C., & Hervás, G. (2008). *Psicología Positiva aplicada*. Bilbao: Desclee de Brouwer.
- Vázquez, C.. & Hervás, G. (2009). *La ciencia del bienestar. Fundamentos de una Psicología Positiva*. Madrid: Alianza Editorial.





III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Qualidade de vida no trabalho na docência universitária

Márcia Elisa Jager ¹

¹ Centro Universitário Franciscano (UNIFRA)

Resumo

O objetivo deste trabalho é discutir sobre a qualidade de vida no trabalho (QVT) em docentes universitários e descrever uma pesquisa que está sendo realizada no curso de especialização em Gestão de Pessoas e Marketing, do Centro Universitário Franciscano, sobre a temática. Foi realizado um recorte da revisão não sistemática da literatura e relato de pesquisa inserida na monografia “Qualidade de vida na docência universitária: o ensinar profissões” da autora deste trabalho. Através deste foi possível refletir sobre possibilidades de medição da QVT na Universidade e como estas podem direcionar ações de melhorias dentro de uma Instituição de Ensino Superior privada. Os resultados apontam que as condições de trabalho dos professores universitários são perpassadas por uma lógica de mercado, onde a produtividade assume um lugar central. Esta e outros fatores que influenciam no bem estar do trabalhador contribuem para que esta classe esteja propensa a ter baixa qualidade de vida no trabalho. É fato a importância de estudos que abordem a QVT na docência universitária levando em consideração diferentes áreas de atuações, tempo de profissão e outras variáveis. Além disso, a comparação entre a QVT em professores de IES públicas e privadas constitui um importante aspecto a ser investigado. A pesquisa realizada não contemplou estes aspectos, sendo esta uma das principais limitações do estudo.

Palavras-chave: Qualidade de vida; Trabalho; Docente.

INTRODUÇÃO

O trabalho, na vida do ser humano, assume diferentes significados. Além de funcionar como fonte de sobrevivência e subsistência, atua também na socialização e inter – relação do ser humano com seu meio social. É através dele que o homem se manifesta



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

para o mundo, exterioriza seus pensamentos e cria formas de relações com seu meio social (Dallepiane & Bigolin, 2004).

Desta maneira, refletir sobre qualidade de vida no trabalho mostra-se importante. A qualidade de vida no trabalho consiste, principalmente, em ter uma humanização do trabalho, potencialização do bem-estar dos trabalhadores e um processo gradativo de participação dos mesmos nas decisões e problemas emergentes no seu próprio cotidiano de trabalho. Através disto é possível que se crie um senso de autonomia no ambiente laboral (Simões & Silva, 2002).

Desta forma, reflete-se sobre a atuação profissional de uma categoria que ensina profissões: o professor universitário. A Universidade tem sido cada vez mais atravessada pela lógica de mercado e por suas palavras de ordem: produtividade, competência, autonomia e competitividade (Rocha & Rocha, 2004). O espaço universitário, segundo Dallepiane e Bigolin (2004) apresenta ritmos de trabalho, jornadas e níveis de pressão acentuados, o que, muitas vezes, pode proporcionar um ambiente de trabalho prejudicial à qualidade de vida do professor.

Este trabalho discute sobre a qualidade de vida no trabalho (QVT) em docentes universitários, e relata uma pesquisa que está sendo realizada no curso de especialização em Gestão de Pessoas e Marketing, do Centro Universitário Franciscano, sobre a temática.

MÉTODO

Revisão não sistemática da literatura e relato de pesquisa inserida na monografia “Qualidade de vida na docência universitária: o ensinar profissões” da autora deste trabalho. Esta será apresentada ao curso de Especialização em Gestão e Marketing do Centro Universitário Franciscano para a obtenção do título de Especialista. Conclusão da pesquisa prevista para Setembro do ano vigente.



RESULTADOS E DISCUSSÕES

A docência universitária

A Universidade, segundo Pimenta e Anastasiou (2002), é uma instituição educativa, que tem por finalidade formar o pensamento e a reflexão crítica, e se sustenta, primordialmente, na prática da pesquisa, do ensino e da extensão. Além disso, a Universidade assume papel importante no desenvolvimento político, econômico e social da sociedade, já que gera e perpetua o conhecimento. Desta forma, segundo Vasconcelos (2000), a Universidade vai além de um local de produção de conhecimento e formação de profissionais. É, acima de tudo, um instrumento transformador da sociedade, onde os atores principais deste processo são os docentes universitários.

O termo docência surgiu do latim *docere*, que significa ensinar, instruir, mostrar, dar a entender. É, de fato, um ato além do “dar aulas” (Silva & Reis, 2011). De acordo com Carr (2002) apud Marchesi (2008), praticar a docência extrapola a prática de habilidades técnicas de ensino. Praticar a docência, em seu sentido ideal, requer capacidade para ajudar os estudantes a crescer em sabedoria e discernimento moral. É promover o desenvolvimento pessoal e ético dos estudantes, é atuar no sentido de servir como referências morais e profissionais a seus alunos. Desta maneira, é possível afirmar que a docência é atravessada por um viés de vocação.

A docência, segundo pesquisas sobre o desenvolvimento docente, atravessa diferentes momentos. O primeiro deles é a entrada na profissão, o conhecer detalhadamente a prática do ensino. Neste momento os professores encontram-se motivados para descobrir e aprender coisas novas da profissão. A fase seguinte, de estabilização, é caracterizada por um compromisso pessoal com a atividade docente. Em seguida, um declínio no comprometimento com a profissão, aonde projetos de inovações e mudanças vão ficando pra trás, marcam a trajetória docente. Todos esses momentos podem ser vividos de forma positiva ou negativa. O fator determinante para isto será a trajetória profissional percorrida por cada professor (Marchesi, 2008).

Entretanto, na profissão acadêmica, especialmente a de nível superior, percebe-se que a trajetória profissional não é o único fator que determina a qualidade da experiência profissional. As transformações da Universidade, no decorrer do século XX, acarretaram



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

uma ampliação de tarefas, onde o “dar aulas” deixou de ser a ação primordial do professor. A introdução da pesquisa como principal função ou missão de uma Universidade levou os docentes a privilegiarem as atividades a ela relacionadas. Além do mais, ter uma alta produção do conhecimento através de publicações e participação em projetos de pesquisa e extensão passou a constituir critérios institucionais adotados para possibilitar o ingresso, a promoção e a estabilidade dos docentes, na carreira acadêmica. Inclusive, professores que não possuem um desempenho satisfatório podem ser afastados do corpo docente de um IES (Filho, 2010).

Concordando com isto, Silva e Reis (2011) dizem que a docência (o ensinar), essência do trabalho do professor universitário, está deixando de ser privilégio de professores e das próprias instituições de ensino, visto a alta demanda de pesquisas e atividades de extensão que emerge constantemente sob o seu fazer. Assim, a Universidade pode estar demandando do profissional docente mais do que ele possa dar. Isto, de fato, repercute diretamente na qualidade de vida do professor.

As condições de trabalho do professor universitário

A qualidade de vida no trabalho do professor depende de vários fatores. Entre eles, destaca-se: a relação professor-aluno, a relação entre colegas (professores), a compensação recebida pelo trabalho, as condições para realizar o trabalho, as garantias legais em relação à sua ação docente, a estabilidade no emprego e possibilidade de progressão na carreira docente, a autonomia no trabalho, o tempo de lazer satisfatório e o sentimento de importância da sua atuação profissional (Marques, Borges, & Adorno, 2008; Walton, 1973, 1974).

Porém, estes fatores dificilmente são atendidos, em sua totalidade. Em tempos de políticas neoliberais, a Universidade tem sido cada vez mais atravessada pela lógica de mercado e por suas palavras de ordem: produtividade, competência, autonomia e competitividade (Rocha & Rocha, 2004). Essa nova forma de pensar o ensino superior tem gerado, dentre outros problemas, a sobrecarga de trabalho, capacidade criativa obstaculizada e a “produção na direção da manutenção de situações que produzem a inércia, a reprodução e a mesmice” (Bredan, 2003, p. 25).



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Os resultados disto aparecem nas investigações sobre as condições de vida do trabalhador docente. Alguns estudos têm constatado que o desgaste emocional, que por vezes desencadeia problemas físicos (psicossomatização), é decorrente do mal-estar docente e da sobrecarga de trabalho (Brouwers & Tomic, 2000; Dorman, 2003). A principal consequência da sobrecarga de trabalho, segundo Sorato e Marcomin (2007) é o stress. Estes autores avaliaram o stress em dezesseis professores da Universidade Unisul (Universidade do Sul de Santa Catarina), através de entrevistas e da aplicação do LIPP (Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp). Encontraram que 37,5% dos professores entrevistados se sentem estressados, 43,75% às vezes, 12,5% não se sentem estressados e 6,25% se sentem pouco estressados. Os resultados da pesquisa indicaram que 62,5% dos professores apresentaram stress em níveis altos, com tendência patológica. Em relação às causas do stress na profissão, os professores destacaram principalmente questões referentes ao excesso de trabalho (25%) e as dificuldades no relacionamento interpessoal (25%).

As condições de trabalho do professor universitário aumentam a probabilidade da ocorrência do stress e diminuem a possibilidade de uma qualidade de vida no trabalho satisfatória. Codo (2000) destaca algumas causas da sobrecarga mental do professor: os diferentes números de empregos; lecionar para vários níveis de ensino; número diferente de turmas; além do número elevado de alunos por turma. Além disso, a necessidade de seguir as mudanças nos métodos de ensino, nas tecnologias e conseguir acompanhar todos os conhecimentos novos que são publicados em sua área de atuação são causas frequentes do estresse docente (Witter, 2002).

Nunes Sobrinho (2002) ainda chama atenção que a sobrecarga de trabalho fora da sala de aula também contribui para o stress docente. A demanda de orientações, supervisões, pesquisa, extensão, reuniões institucionais e produção de conhecimento são altas, interferindo na qualidade de vida destes profissionais. Da mesma forma, relações competitivas no ambiente de trabalho, devido a exigência e valorização de quem “produz mais” causa desconforto entre os professores. Superar estas dificuldades é um desafio para os docentes.

A responsabilidade de atender as expectativas dos alunos e conseguir passar o conhecimento de forma a construir autonomia, incentivando a produção (e não reprodução) do conhecimento no corpo discente também se constitui como um desafio aos professores.



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Os alunos de ensino superior esperam inovação nos métodos de ensino, não querem mais a compartimentalização e fragmentação do conhecimento. Desejam ser entendidos e tratados como sujeitos de opinião e ativos no processo de aprendizagem. A reprodução do conhecimento em sala de aula não é bem vista pelos alunos. Eles querem professores atuantes, dinâmicos e atualizados no conhecimento que estão passando (Oliveria & Freitas, 2011).

De fato, a Universidade deve se preocupar em proporcionar qualidade de vida no trabalho aos professores. Na atualização permanente do professor dentro da IES, ações que visem melhorar a qualidade de vida do professor universitário devem ser incorporadas. Para tal, é necessário descobrir o que causa insatisfação no trabalho docente para posteriormente criar planos de ações a fim de reduzir fontes geradoras de insatisfação e mal estar no trabalho.

A pesquisa

O objetivo da pesquisa sobre Qualidade de Vida no Trabalho na docência universitária é investigar o nível de qualidade de vida no trabalho (QVT), em docentes universitários da área das ciências humanas, de uma Instituição de Ensino Superior (IES) privada. Pretende-se, através dos resultados, mostrar um panorama geral da qualidade de vida no trabalho destes professores, evidenciando pontos para melhorias e propondo estratégias de intervenções para reduzir a insatisfação no trabalho. A pesquisa em desenvolvimento é de caráter quantitativo e está sendo desenvolvida com uma amostra de 75 professores universitários. Esta é a população de professores atuantes na área de ciências humanas de IES privada, situada em uma cidade do interior do Estado do Rio Grande do Sul. Por preocupar-se em investigar somente professores de uma determinada área de concentração, vinculados a uma IES específica, esta pesquisa caracteriza-se como um estudo de caso. Esta modalidade de pesquisa vem sendo apontada como uma das estratégias mais pertinentes quando se busca estudar fenômenos contemporâneos onde o pesquisador tem pouco ou nenhum controle sobre os eventos investigados (Yin, 1994).

Os critérios de inclusão na pesquisa são: Mínimo de um ano de atuação profissional na docência na IES e aceitar participar da pesquisa, através da assinatura do TCLE. São



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

critérios de exclusão: professores que ministrem disciplinas em cursos de outras áreas de concentração, não sendo a do foco deste estudo.

Está sendo utilizado o instrumento de medição de índices de qualidade de vida no trabalho TQWL-42, desenvolvido por Bruno Pedroso, no programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção da Universidade Tecnológica Federal do Paraná. Este foi validado através do cálculo de Cronbach ($\alpha=0,8586$), garantindo assim uma consistência interna alta ao TQWL-42 (Pedroso, 2010). É fundamentado nos modelos clássicos de qualidade de vida no trabalho de Walton (1973), Hackman e Oldham (1974), Westley (1979), Werther e Davis (1983) e Nadler e Lawler (1983), e segue os moldes dos instrumentos de medição de qualidade de vida global (WHOQOL), desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde.

É composto por 47 questões, onde as cinco primeiras são destinadas ao conhecimento do perfil dos respondentes (idade, sexo, estado civil, escolaridade e tempo de serviço) enquanto as demais 42 são divididas igualmente em cinco grandes esferas: Biológica/Fisiológica, Psicológica/Comportamental, Sociológica/Relacional, Econômica/Política e Ambiental/Organizacional. Essas esferas são compostas por ramificações (subesferas) denominadas aspectos, dentro dos quais foram agrupadas as questões. As cinco esferas que contemplam a qualidade de vida no trabalho do instrumento, fazem menção à questões de diferentes aspectos, conforme demonstrado à seguir:

- **Esfera Biológico-Fisiológica:** composta por aspectos acerca da disposição física e mental (disposição que o indivíduo possui para a realização do seu trabalho); da capacidade de trabalho (capacidade de realizar com eficácia as tarefas que lhe são incumbidas no cargo); de serviços de saúde e assistência social (serviços de saúde e assistência social disponibilizados pela empresa, tais como atendimento médico, odontológico e psicológico) e acerca do tempo de repouso (tempo disponível para dormir/descansar entre um dia de trabalho e outro).

- **Esfera Psicológica-Comportamental:** composta por aspectos sobre a auto-estima (a avaliação que o indivíduo faz de si mesmo no ambiente laboral); significância da tarefa (o quanto o indivíduo percebe a importância do seu trabalho e o julga significativo para a empresa e/ou para a sociedade); *feedback* (retroinformação do desempenho no trabalho do indivíduo, esclarecendo o quão correto ou errado este vem sendo realizado); e acerca do desenvolvimento pessoal e profissional (nível com o qual a empresa incentiva e libera o



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

indivíduo para aperfeiçoar o seu conhecimento no intuito de lhe possibilitar crescimento em nível pessoal e/ou profissional).

- **Esfera Sociológica-Relacional:** Composta por aspectos relativos à liberdade de expressão (direito que o indivíduo possui de manifestar as suas opiniões, idéias e pensamentos, sem que isso possa lhe acarretar punições); relações interpessoais (relacionamento que o indivíduo possui com os seus superiores, colegas de trabalho e subordinados); autonomia (possibilidade do indivíduo tomar as suas próprias decisões, sem a necessidade de consulta aos seus superiores); e acerca do tempo de lazer (tempo disponível para a prática de atividades com caráter de lazer e o quanto tal tempo é preenchido com atividades desse cunho).

- **Esfera Econômica-Política:** composta por aspectos referentes aos recursos financeiros (o quanto os recursos financeiros provenientes do trabalho são suficientes para garantir um estilo de vida satisfatório ao indivíduo e à sua família); benefícios extras (benefícios que diferenciem a empresa em que o indivíduo trabalha de outras empresas); jornada de trabalho (o quanto a carga horária semanal de trabalho é condizente com a disposição que o indivíduo possui para realizar as suas tarefas) e acerca da segurança de emprego (sentimento de se possuir a segurança de estabilidade no emprego).

- **Esfera Ambiental-Organizacional:** composta por aspectos que compreendem as condições de trabalho (aspectos ergonômicos do ambiente laboral, tais como conforto térmico, luminosidade e ruído); as oportunidades de crescimento (possibilidade de o indivíduo ascender na empresa em que trabalha, seja por meio de promoções de cargo ou por meio da existência de um plano de carreira); a variedade da tarefa (nível com o qual o indivíduo realiza diferentes tipos de atividades no seu cargo, perfazendo com que este não seja monótono) e aspectos acerca da identidade da tarefa (o quanto o indivíduo realiza tarefas do início ao fim, de forma que o seu trabalho não seja realizar apenas uma fração de uma atividade maior).

O projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFRA e aprovado conforme parecer do CEP 400.2011.3. Todos os requisitos das Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo Seres Humanos (Parecer nº 105/2006, com a Resolução 196/96, do Conselho Regional de Saúde/ MS, de 10/10/1996), estão sendo respeitados para a realização da pesquisa.



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

A análise dos dados será realizada conforme sugere Pedroso (2010), através do aplicativo do *software* Microsoft Office Excel. Esta ferramenta realiza automaticamente todos os cálculos dos escores e estatística descritiva do instrumento TQWL-42. Para a análise dos resultados computados obtidos, foi utilizada a sugestão do autor sobre a utilização da escala de classificação da qualidade de vida no trabalho proposta por Timossi, Pedroso, Pilatti e Francisco (2009). Nesta, um ponto central (50), caracteriza o nível intermediário da qualidade de vida no trabalho, enquanto os valores abaixo e acima desse ponto central, compreendidos entre os pontos 25 e 75, são caracterizados, como insatisfação e satisfação, respectivamente. Os valores não compreendidos no intervalo 25-75 apresentam respectivas tendências à insatisfação total e satisfação total. Após esta análise, os dados encontrados foram compreendidos sob a luz de uma perspectiva teórica.

A pesquisa está em fase de coleta de dados e, por enquanto, não é possível trazer resultados conclusivos. Porém, algumas considerações sobre a fase de coleta de dados é importante discutir. Uma das principais dificuldades encontradas está em conseguir a responsividade dos professores. O questionário foi enviado de forma online (*Google Docs*), com um tempo aproximado para preenchimento de 10 min. A responsividade dos professores, até o momento, está baixa. Questionamentos sobre o que pode estar causando tal comportamento perpassam a pesquisa: qual a postura de professores pesquisadores frente a pesquisa?; Existe falta de tempo para o preenchimento?; A lista de “prioridades” está extensa?; Será que estão tão insatisfeitos com o trabalho que não sentem vontade de contribuir para o estudo? Um professor respondeu o e-mail do convite da pesquisa da seguinte forma: “*o preenchimento do questionário será colocado ao final de minha lista de tarefa, vai demorar em torno de 30 dias para poder responder*”. Fala que demonstra a sobrecarga de trabalho presente na profissão.

Pela maneira como a pesquisa está sendo desenvolvida (aplicação de questionário online), muitas questões como estas ficarão sem respostas. Entretanto, o próprio índice de responsividade dos professores pode estar indicando uma sobrecarga de trabalho, uma postura de descompromisso com o fazer ou insatisfação com o trabalho.



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

CONCLUSÕES

As condições de trabalho dos professores universitários são perpassadas por uma lógica de mercado, onde a produtividade assume um lugar central. Esta e outros fatores que influenciam no bem estar no trabalho contribuem para que esta classe esteja predisposta a ter baixa qualidade de vida no trabalho. Tendo em vista a promoção e prevenção em saúde, estratégias para minimizar a insatisfação no trabalho devem ser articuladas pelas IES. Para tal, lançar-se mão de instrumentos capazes de medir com precisão os fatores que influenciam a QVT pode trazer bons resultados. Pesquisas que abordem a qualidade de vida no trabalho de forma qualitativa também se mostram relevantes. Esta modalidade de pesquisa permite explorar questões de forma mais aprofundada, oportunizando aos participantes falarem sobre questões que lhes incomodam. Da mesma forma, a qualidade de vida no trabalho em professores de IES privadas e públicas deve ser levada em consideração para pensar o fenômeno e estratégias para reduzir fatores geradores da insatisfação no trabalho.

REFERÊNCIAS

- Bredan, P.M. (2003). *Produção na Universidade: diário de uma micropolítica*. Belo Horizonte: PUC Minas.
- Brouwers, A. H., & Tomic, W. (2000). A longitudinal study of teacher burnout and perceived self-efficacy in classroom management. *Teaching and Teacher Education*, 16, 239-253.
- Codo W. (2000). [coord.]. Educação: carinho e trabalho. Petrópolis: Vozes.
- Dallepiane, S. & Bigolin, S.E. (2004). A presença da dor no cotidiano de professores da Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul – UNIJUÍ. *Revista Contexto & Saúde*. 3 (7), 231-239.
- Dorman, J. P. (2003). Relationship between school and classroom environment and teacher burnout: A LISREL analysis. *Social Psychology of Education*, 6, 107-127.
- Filho, J. C.S (2010). Profissão acadêmica e scholarship da docência universitária: os múltiplos papéis do professor universitário. *X Colóquio Internacional sobre Gestión Universitaria em America del Sur*. “Balance y prospectiva de la educación Superior en el marco de los bicentenários de America del Sur”.



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

- Hackman, J. R. & Oldham, G. R. (1974). *The job diagnostic survey: an instrument for the diagnosis of jobs and the evaluation of job redesign projects*. Technical report, 4, Department of Administrative Sciences of Yale University.
- Marchesi, A. (2008). *O bem-estar dos professores: competências, emoções e valores*. Trad Naila Tosca de Freitas. Porto Alegre: Artmed.
- Marques, A. L., Borges, R. S. G., & Adorno, R. D. (2008). A LDB/96 e a qualidade de vida no trabalho: Com a palavra os docentes da rede pública de Belo Horizonte. *Revista de Ciências da Administração*, 10(20), 72-94.
- Nadles, D. A. & Lawler, E. E. (1983). Quality of work life: perspectives and directions. *Organizational Dynamics*, 11 (3), 20-30.
- Nunes Sobrinho, F.P. (2002). O stress do professor do ensino fundamental: o enfoque de ergonomia. In: Lipp Men. [org.]. *O stress do professor*. Campinas: Papirus.
- Oliveira, C.B. & Freitas, C.C. (2011). Transdisciplinaridade e a formação do docente do ensino superior. *Anais do primeiro seminário sobre docência universitária*. Universidade Estadual do Goiás. Goiás, Brasil.
- Pedoroso, B. (2010). *Desenvolvimento do TQWL-42: um instrumento de avaliação de qualidade de vida no trabalho*. Dissertação de mestrado, Universidade Tecnológica Federal do Paraná. Ponta Grossa. Brasil.
- Pimenta, S. G. & Anastasiou, L. G. C. (2002). *Docência no Ensino Superior*. São Paulo: Cortez.
- Rocha, M.L. & Rocha, D. (2004). Produção de conhecimento, práticas mercantilistas e novos modelos de subjetivação. *Psicologia e Sociedade*, 16(1), 244-256.
- Silva. L.R.S. & Reis, M.B.F. (2011). Docente do ensino superior e a importância da formação pedagógica. *Anais do I Seminário sobre Docência Universitária*. Universidade Estadual do Goiás. Brasil.
- Simões, J. M. & Silva, R. F. C. (2002). Qualidade de vida no trabalho: um estudo em organizações do setor terciário no município de Rio Grande – RS. *XXII Encontro Nacional de Engenharia de Produção - ENEGEP*. Curitiba. Brasil.
- Sorato, M.T. & Marcomin, F.E. (2007). A percepção do professor universitário acerca do stress. *Saúde em Revista*, 9 (21), 33-39.



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

- Timossi, L. S.; Pedroso, B.; Pilatti, L. A. & Francisco, A. C. de. (2009). Avaliação da qualidade de vida no trabalho: uma adaptação do modelo de Walton. *Revista da Educação Física*, 20 (3).
- Vasconcelos, M. L. M. C. A. (2000). *A formação do Professor do Ensino Superior*. 2 ed. Atual. São Paulo: Pioneira.
- Walton, R. E. (1973) Quality of working life: what is it? *Sloan Management Review*, 15 (1), 11-21.
- Walton, R. E. (1974). Improving the quality of work life. *Harvard Business Review*, 18(3), 12-16.
- Werther, B. W. & Davis, K. (1983). *Administração de pessoal e recursos humanos: a qualidade de vida no trabalho*. São Paulo: McGraw-Hill do Brasil.
- Westley, W. A. (1979). Problems and solutions in the quality of working life. *Humans Relations*, 32 (2), 111-123.
- Witter, G.P. (2002). Produção científica e estresse do professor. In: Lipp MEN [org.]. *O stress do professor*. Campinas: Papirus.
- Yin, R. K. (1994) Case Study Research: design and methods. 2 ed. Sage publications. Thousand Oaks, 1994.



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

**Reconhecimento no trabalho e o prazer-sofrimento do trabalhador: uma reflexão
teórica**

Alexa Pupiara Flores Coelho ¹

Carmem Lúcia Colomé Beck ¹

Daiany Saldanha da Silveira Donaduzzi ¹

Thais Picolin Sangoi ¹

Natiellen Quatrin Freitas ¹

Caliandra Marta Dissen ¹

Juniara Dias dos Santos ¹

¹ Universidade Federal de Santa Maria (UFSM)

RESUMO

O objetivo deste estudo é realizar uma reflexão acerca da dinâmica do reconhecimento no trabalho, com base na teoria da psicodinâmica do trabalho, a partir de publicações sobre a temática. A produção do conhecimento, sobre a psicodinâmica do trabalho, revela que a mesma é caracterizada pela dinâmica prazer-sofrimento e quando o trabalhador não é capaz de mediar os fatores estressores, pode adoecer. Entre os elementos que interferem nessa dinâmica, sublinha-se o reconhecimento no trabalho, compreendido como a visibilidade e a apreciação que o trabalhador recebe em função de sua profissão. Ele se manifesta nas formas de julgamento (de utilidade e beleza) a que é submetido e reflete o modo como esse trabalhador se relaciona com o outro, uma vez que o reconhecimento é a resposta do grupo e do outro pelo trabalho realizado. Conclui-se que o reconhecimento é fundamental para que o trabalhador firme sua identidade enquanto profissional, sinta-se motivado para trabalhar e faça do seu trabalho uma fonte de prazer, satisfação, realização e, consequentemente, de saúde.

Palavras-chave: Enfermagem; Saúde do Trabalhador; Psicodinâmica do trabalho; Reconhecimento no trabalho.



INTRODUÇÃO

O trabalho possui importante papel na vida do homem e das sociedades, uma vez que representa muito mais que um modo de subsistência; o trabalho é um meio pelo qual o homem adquire motivação e satisfação pessoal. Representa seu potencial produtor, construtor e criativo; representa o lugar que ele ocupa no grupo social, o modo pelo qual se faz útil e indispensável e, portanto, pode repercutir na sua identidade pessoal (Dejours, 1992).

Considerando o impacto que o trabalho exerce sobre a mente do homem, o campo da Saúde do Trabalhador propõe a compreensão do trabalho como fator imbricado no binômio saúde-doença, uma vez que fatores estressores no trabalho causam desgaste no bem-estar do indivíduo que trabalha (Lacaz, 2007). Ainda, leva em consideração a articulação dos fatores sociais, econômicos, tecnológicos e organizacionais presentes no mundo do trabalho, os quais podem interferir positiva ou negativamente na segurança do trabalhador e no seu conforto físico e psicológico (Brasil, 2001).

Em razão do constante embate dos fatores estressores e motivadores presentes na dinâmica do trabalho, entende-se que a mesma é permeada de sensações de prazer e sofrimento, característicos do universo laboral. O prazer é expresso na realização pessoal que o trabalho proporciona, na construção de uma identidade enquanto ser trabalhador e na existência de um ambiente de trabalho que não cause o embotamento e a repressão da subjetividade e da criatividade desse indivíduo. Logo, a ausência desses fatores pode causar o sofrimento no trabalho.

A respeito do sofrimento, Dejours (1987) refere que entre o trabalhador e o trabalho que lhe é prescrito existe um espaço de negociação, em que esse indivíduo cria estratégias de trabalho compatíveis com a sua subjetividade, com as suas necessidades e seus desejos. Ou seja, nesse espaço o homem modula sua própria organização do trabalho. Uma vez que esse espaço é bloqueado, a relação homem-organização do trabalho pode perder sua dinâmica e sua flexibilidade, começando o domínio do sofrimento, e da luta contra o mesmo (Dejours, 1987).

E é o modo como essa luta contra o sofrimento se configura, ora conduzindo ao adoecimento físico, psicossomático ou psicológico, ora culminando na construção de estratégias de enfrentamento efetivo, que se dedicam os estudos da escola dejouriana da



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

psicodinâmica do trabalho (Seligmann-Silva, 2010). Em vista disso, entende-se que o adoecimento no trabalho surge a partir do momento em que o trabalhador não dispõe de meios para mediar suas sensações de sofrimento e identifica que suas estratégias de enfrentamento não são efetivas. Essa situação pode ser resultado de inúmeros fatores estressores, e um fator principal que causa sofrimento ao trabalhador, é o não reconhecimento no trabalho.

O reconhecimento no trabalho consiste na visibilidade, aceitação e apreciação de que o trabalhador desfruta, estando relacionada também ao grau de autonomia de que o mesmo dispõe para o exercício da sua individualidade (Ferreira & Mendes, 2001).

Entende-se ainda, que a dinâmica do reconhecimento representa um aspecto fundamental da saúde do trabalhador, estando intimamente relacionada com a dinâmica saúde/doença, pois conforme Dejours (2004), o reconhecimento no trabalho exerce impacto relevante no modo como o homem se sente enquanto trabalhador, tendo potencial de transformar o sofrimento no trabalho em prazer e realização.

Portanto, o presente estudo tem por objetivo realizar uma reflexão acerca do reconhecimento no trabalho e do modo como está relacionado à dinâmica prazer-sofrimento do trabalhador, e, conseqüentemente, na relação saúde-doença.

MÉTODO

O presente estudo consiste em uma reflexão teórica, a partir de leituras de artigos completos relacionados à temática proposta, indicados pelo líder do grupo e por meio de discussões realizadas pelos membros do grupo de pesquisa “Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem” da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), na linha de pesquisa Saúde do Trabalhador em três encontros no mês de abril de 2012.

A iniciativa em abordar especificamente esta temática emergiu após a construção de um projeto de pesquisa direcionado ao reconhecimento no trabalho de profissionais docentes de escolas públicas.

Como suporte teórico-científico, foram utilizados referenciais de pesquisadores consagrados por seus estudos nos campos da saúde do trabalhador, do prazer-sofrimento no trabalho e da dinâmica do reconhecimento, além de um documento publicado pelo Ministério da Saúde.



DESENVOLVIMENTO

O reconhecimento no trabalho: análise conceitual e reflexiva

Para Ferreira e Mendes (2001), há diferenciação teórica conceitual entre valorização e reconhecimento no trabalho. Segundo os autores, a valorização está relacionada à sensação de que o trabalho executado exerce função positiva na organização da sociedade e na vida comum, enquanto o não sentir-se valorizado significa que o trabalhador não se considera útil e não compreende a importância de sua tarefa, em que tal sentimento leva invariavelmente à desmotivação no trabalho e à ruptura da identidade enquanto indivíduo trabalhador, representando, portanto, adoecimento psicológico laboral.

Entende-se que este conceito tem uma relação de interdependência com o reconhecimento, e a presença de ambos é indispensável para que se estabeleça uma relação de prazer e saúde no trabalho (Ferreira & Mendes, 2001).

Quanto ao reconhecimento, pode ser definido como quando o trabalhador se sente visualizado e valorizado enquanto profissional; sendo considerado pela psicodinâmica do trabalho como um fator fundamental para a construção da identidade pessoal do ser trabalhador. Ele envolve a compreensão do trabalhador e da sua singularidade pelo “outro”, e está relacionado a um sentimento de retribuição simbólica e recompensa (Marrone & Mendes, 2003).

Conforme Marrone e Mendes (2003), a dinâmica do reconhecimento pauta-se em uma relação entre o trabalhador e o meio social no qual ele vive. Essa relação se dá pela forma de julgamento que pode configurar-se de duas maneiras: o julgamento de utilidade e o julgamento de beleza.

O julgamento de utilidade realiza-se normalmente a partir da hierarquia, dos subordinados, dos clientes, enfim, do público que se enquadra em categorias distintas da que ocupa o trabalhador. Diz respeito ao julgamento técnico, social e/ou econômico da função de determinada atividade.

Quanto ao julgamento de beleza, está relacionado à adequabilidade do trabalho, ou dos seus frutos, às artes do ofício; ainda, leva em consideração a apreciação do trabalho quanto ao seu estilo e sua originalidade. Do julgamento de beleza depende a inserção ou



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

não do trabalhador no círculo de trabalho composto pelos seus pares (Marrone & Mendes, 2003).

Em outras palavras, o julgamento de utilidade realizado por pessoas que ocupam outras posições, relaciona-se ao valor objetivo que aquele trabalho possui em determinada empresa, sociedade ou grupo. Já o julgamento de beleza diz respeito à singularidade e à qualidade que outros trabalhadores da mesma categoria atribuem ao desempenho de determinado trabalhador. Pesquisa realizada com trabalhadores de um Ambulatório de Doenças do Trabalho evidenciou que para os profissionais, é tão relevante o julgamento de utilidade (apreciações do chefe, dos cliente, dentre outros) quanto o de beleza (elogios dos colegas de trabalho, culminando na sensação de talento e destaque) para a satisfação do profissional (Merlo *et al*, 2003).

Neste viés, Dejours (1994) afirma que as relações interpessoais e intersubjetivas constituem o cerne da dinâmica prazer e sofrimento no trabalho, uma vez que o trabalhador, sendo sujeito de construção e produção de um bem, valor ou serviço, deseja que isso seja reconhecido não apenas pela sua existência e utilidade, mas também pela sua qualidade e singularidade.

Entende-se, além disso, que o sentimento de reconhecimento no trabalho vai além da apreciação dos frutos e da qualidade do trabalho pelo outro. Honneth (2008) refere que duas condições são fundamentais para que exista a possibilidade da construção do reconhecimento no trabalho. Elas consistem em, além da qualidade das relações interpessoais e intersubjetivas oriundas das relações do trabalhador com o outro e com seu ambiente de trabalho, a existência de uma remuneração financeira suficiente para satisfazer as demandas de sobrevivência deste trabalhador e de seus dependentes.

Tal afirmativa corrobora com Stankiewicz *et al* (2009) em pesquisa realizada com docentes, os quais referem que a motivação, o prazer e a satisfação em seu trabalho muitas vezes são embotados pela desvalorização salarial, a qual os leva a sentirem-se desvalorizados e não reconhecidos em sua indispensabilidade e em seu papel enquanto profissionais.

Outra situação que frequentemente obscurece a visibilidade do profissional, causando uma falsa ideia de ausência de resultados laborais, segundo Traesel e Merlo (2009), é a singularidade de algumas profissões que produzem objetos “imateriais”, ou seja, quando o produto do trabalho é expresso em serviços, de maneira qualitativa.



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Referem ainda, que essa é uma situação frequentemente vivenciada por trabalhadores de enfermagem.

Pesquisa realizada pelos autores supracitados revela que enfermeiros hospitalares, por centrarem sua prática profissional nas relações interpessoais e no cuidado, se sentem não reconhecidos na medida em que o seu trabalho por vezes não produz resultados pontuais.

Essa situação é reforçada pelo fato de comumente o enfermeiro assumir uma demanda de trabalho que extrapola seu próprio papel profissional (causando, portanto, uma indefinição da função primordial que possui nos serviços de saúde). Isto causa uma distorção no imaginário de outros profissionais e da sociedade em geral acerca da imagem do enfermeiro e, conseqüentemente, influencia na identidade profissional desse homem, e portanto, na dinâmica do reconhecimento (Traesel & Merlo, 2009).

O sentimento de reconhecimento no trabalho, encarado nesse viés, é resultado de uma associação de elementos, presentes nas condições e organização do trabalho e, principalmente, nas relações de trabalho estabelecidas entre os pares e entre o grupo social em que se vive. Isso se deve ao fato de que o reconhecimento é um reflexo da visibilidade que o profissional obtém em razão do seu trabalho e dos frutos oriundos desse e constitui um elemento essencial para que o mesmo visualize sentido e prazer no ato do trabalhar.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O trabalho contém um universo de sensações e elementos que interferem positiva e negativamente no bem-estar, na identidade pessoal e na dinâmica saúde/doença mental e psicológica. Por isso, considera-se que o prazer e o sofrimento no trabalho, embora sejam sentimentos antagônicos, não são excludentes, estando presentes constantemente em situações de trabalho.

Em relação ao sofrimento no trabalho, considera-se que ele constitui um fator multicausal, que está relacionado a alterações na autoimagem do trabalhador, ao medo, ao tédio, à ansiedade e à insatisfação no trabalho. Além disso, destaca-se a incoerência entre o trabalho e as aspirações do trabalhador, o que pode culminar em sensações de frustração e desmotivação (Dejours, 1994).



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Entende-se que o não reconhecimento no trabalho possui uma relação de causa com todos os sintomas acima descritos. A análise de publicações sobre a temática mostra que um profissional desvalorizado e não reconhecido pode sofrer danos ao nível psicológico, o que pode refletir até mesmo em somatizações e no surgimento de agravos tais como o *burnout* e os transtornos psíquicos menores.

Frente a isso, pode-se inferir que uma alternativa para se enfrentar o surgimento de tais agravos à saúde do trabalhador seja o investimento na mudança dos paradigmas da organização do trabalho (Mendes & Tamayo, 2001). Destacam-se, dentre eles, a opressão do modelo de trabalho prescrito sobre o homem, o qual reprime sua individualidade e sabota sua criatividade; a ansiedade e o medo no trabalho, geralmente ocasionados pela pressão a que o trabalhador é submetido em seu ambiente laboral; a sensação de desvalorização e não reconhecimento, quando o trabalhador não visualiza os resultados do seu trabalho ou quando não é apreciado e incentivado enquanto criador e produtor, dentre outros.

Todos esses agentes de adoecimento são resultado de uma estrutura organizacional centrada na hierarquia, na ordem, na disciplina e na obediência aos superiores (Mendes & Tamayo, 2001).

Este modo de organização trabalhista reflete um modelo de gestão voltada ao lucro e não comprometida com a saúde e o bem-estar do trabalhador. Faz-se urgente, nesse sentido, uma reflexão em torno dessas estruturas que possibilitam os agravos no trabalho, tais como o não reconhecimento, que constitui um elemento essencial para a motivação, a identidade e a saúde do trabalho, e cuja ausência imprime intenso sofrimento e consequente adoecimento no profissional.

CONCLUSÃO

A psicodinâmica do trabalho tem como foco o trabalho enquanto atividade que exerce influências psicológicas, físicas, culturais e políticas sobre o homem, e que por ele também é influenciada. Compreende, ainda, que apesar de ser um fenômeno subjetivo e introspectivo, a dinâmica prazer-sofrimento laboral de cada homem está substancialmente associada às suas relações com o grupo e com o outro, e em constante oscilação.



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Entre a saúde e o adoecimento no trabalho interpõem-se uma série de elementos, e entre eles destaca-se o reconhecimento no trabalho como agente indispensável no estabelecimento de uma identidade profissional definida, de um vivenciar a profissão com prazer, saúde, orgulho e motivação para o enfrentamento dos desafios e dos fatores estressores presentes na prática do trabalhar.

Portanto, torna-se necessária a construção de novos modelos de organização do trabalho, os quais forneçam ambiente propício para que o trabalhador exercer sua autonomia, criatividade e personalidade, imprimindo sua marca ao trabalho e desfrutando, portanto, da visibilidade profissional e conseqüentemente, do reconhecimento.

REFERÊNCIAS

- BRASIL (2001). Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Doenças relacionadas ao trabalho. *Manual de procedimentos para serviços de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Dejours, C. (1987). Note de travail sur la notion de souffrance. In: Christophe Dejours (Org.). *Plaisir et souffrance dans le travail*. Paris: CNRS/Pirtem.
- Dejours, C. (1992). *A loucura do trabalho*. São Paulo: Cortez.
- Dejours, C. (1994). *Psicodinâmica do Trabalho: Contribuições da Escola Dejouriana à Análise da Relação Prazer, Sofrimento e Trabalho*. São Paulo: Editora Atlas.
- Dejours, C. (2004). Addendum, da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. In: Lancman, S., & Sznclwar, L. I. (Orgs.). Christophe Dejours. *Da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; Brasília: Paralelo 15.
- Honneth, A. (2008). Trabalho e Reconhecimento. Tentativa de uma definição. *Civitas*, 8(1), 46-67.
- Lacaz, F. A. C. (2007). O campo Saúde do Trabalhador: resgatando conhecimentos e práticas sobre as relações trabalho-saúde. *Caderno de Saúde Pública*, 23(4), 757-766.
- Mendes, A. M. & Tamayo, A. (2001). Valores organizacionais e prazer-sofrimento no trabalho. *Psico-USF*, 6(1), 39-46.
- Merlo, A. R. C., Vaz, M. A., Spode, C. B., Elbern, J. L. G., Karkov, A. R. M., & Vieira, P. R. B. (2003). O trabalho entre prazer, sofrimento e adoecimento: a realidade dos portadores de lesões por esforços repetitivos. *Psicologia & Sociedade*, 15(1), 117-136.



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

- Morrone, C. F., & Mendes, A. M. B. (2003). A ressignificação do sofrimento psíquico no trabalho informal. *Revista Psicologia, Organização e Trabalho*, 3(2), 91-118.
- Seligmann-Silva, E. (2010). Da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho: marcos de um percurso. In: Dejours, C.; Abdoucheli, E.; Jayet, C. *Psicodinâmica do trabalho: contribuições da Escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho*. São Paulo: Editora Atlas.
- Stankiewicz, A. C. L., Claro, G. R., & Silva, S. R. (2009). Afetividade, reconhecimento e o trabalho dos professores. *Revista Intersaberes*, 4(8), 169-183.
- Traesel, E. S., & Merlo, A. R. C. (2009). A psicodinâmica do reconhecimento no trabalho de enfermagem. *Psico*, 40(1), 102-109.





III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Reflexão sobre a psicologia da saúde na perspectiva da saúde do trabalhador

Liana Bohrer Berni¹

Bruna Lecintia Carpes Souto¹

Carmem Lúcia Colomé Beck¹

¹ Universidade Federal de Santa Maria (UFSM)

RESUMO

Este trabalho buscou, através de uma pesquisa bibliográfica, realizar uma reflexão sobre o início da Psicologia como profissão da área da saúde, assim como apresentar o papel desta profissão no que se refere à saúde do trabalhador e compreender o surgimento da psicologia da saúde, um novo campo de atuação do psicólogo, que surgiu a partir do avanço da clínica individual. Este estudo evidencia a Psicologia da Saúde como uma ciência nova e que aponta para várias possibilidades de atuação do psicólogo; contudo, essas mudanças exigem uma revisão da prática e da postura deste profissional frente às emergentes demandas. Quanto à Saúde do Trabalhador, pode-se destacar que este movimento da psicologia contribuiu para novas visões sobre os sujeitos em diversos contextos, incluindo o contexto laboral. E o psicólogo que atua na área do trabalho também precisa se preparar para atuar nesse espaço e, assim, realizar um trabalho com bons resultados, pois é desta forma que se consolidará esse novo campo de trabalho.

Palavras Chaves: Psicologia da saúde; saúde do trabalhador; prática da psicologia social.

INTRODUÇÃO

A Psicologia da Saúde foi uma área de que trouxe significativas contribuições à Psicologia como profissão, uma vez que ao sair dos moldes clínicos tradicionais e adentrar em um campo ampliado como a Saúde, passou a ser uma ciência de intervenções sociais. Esta nova área da Psicologia permitiu que movimentos paralelos que pensavam em uma Psicologia além da clínica individual fossem possíveis de ser levados a novos campos de



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

atuação e prática psicológica, como nas instituições educacionais organizacionais e comunitárias.

A preocupação em atender as demandas de saúde das pessoas, permitiu a ampliação das práticas psicológicas, bem como uma significativa mudança no objeto de estudo e observação da psicologia. A mudança evidenciou uma preocupação em promover o bem estar e o estado de equilíbrio biopsicossocial dos sujeitos, ao invés de olhar para os sujeitos à procura de uma patologia e de uma intervenção de cura.

Este movimento de novos olhares e de uma psicologia clínica estendida a contextos sociais, deu precedência à efetiva inserção da Psicologia em novos lugares. Entre estes destacamos, neste trabalho, a emergência da Psicologia da Saúde voltada para saúde do trabalhador: a Psicologia do Trabalho. Anteriormente se destacava a psicologia clínica, de abordagem fortemente psicanalista, preocupada em encontrar as psicopatologias, sendo que na atualidade o movimento de uma psicologia social da saúde permite uma mudança de um olhar clínico para o olhar ao lócus social.

Nesta perspectiva é de suma importância compreender como o movimento de transformação da Psicologia individual como prática clínica para um lugar social impactou e contribuiu para que o Psicólogo esteja repensando as práticas em Psicologia. Mesmo no início, de forma intimista, a inserção dos psicólogos em lugares ampliados, que não a clínica individual, trouxe significativas contribuições para a ampliação do conhecimento e da Psicologia como ciência. Assim, esta reflexão permite compreender os movimentos e as multipossibilidades de atuação do Psicólogo, preocupado com a saúde dos sujeitos, em especial, dos trabalhadores.

Concepção da Psicologia Como Profissão da Área da Saúde

A saúde foi, por muito tempo, um campo de atuação e objeto de estudo restrito, sendo entendido como privilégio de saber da área médica e suas ramificações. Tanto fora que, sistematicamente o estudo da saúde em nuances fisiológicas, orgânicas e biológicas, estavam organizados somente a partir das ciências médicas tradicionais, representado pelo modelo biomédico de pensar o homem e saúde.

Já no século XIX, com as mesmas concepções cartesianas, é que se teve uma nova dimensão quanto à compreensão do homem em uma perspectiva dual de corpo e mente,



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

situação esta fundada no modelo biomédico, na qual se identifica uma dificuldade em totalizar o sujeito como inteiro, constituído por concepções biopsicossociais. No entanto, embasado na visão marxista, surge o interacionismo para contrapor as abordagens do empirismo e racionalismo no século XX, relacionando a proposição entre o corpo e a mente na perspectiva do todo. Este entendimento foi responsável pelo surgimento de um novo modelo médico frente à compreensão de que o homem, possuidor de corpo e mente, passaria a ser compreendido de forma distinta.

Uma visão contrária ao modelo tradicional em saúde, fez surgir a emergência de uma nova compreensão de homem como um ser total. Esta concepção, já latente desde o tempo de Hipócrates no século V a.C., visualizou o corpo e mente como interligadas e relacionadas. Já no final do século XX, este pensamento toma força através da concepção Freudiana de uma medicina com viés psicossomático (Traverso Yopez, 2011).

Para a compreensão da Psicologia da Saúde aponta-se dois aportes teóricos distintos: a concepção tradicional e a concepção crítica, esta em dimensões discursivas com percepção qualitativa e representativa da saúde. A concepção tradicional, com uma perspectiva quantitativa e determinista, sustenta ainda o modelo biomédico tradicional. Dessas vertentes, surge a psicologia da saúde como uma prática da clínica individual, transposta para o campo social. Sendo assim, esse passou a ser um grande desafio para os psicólogos, pois era necessário transformá-la e ajustá-la em uma prática viável neste novo lugar (social) e não mais naquele hermeticamente controlável e inviolável, que vem a ser a prática da clínica tradicional. Sendo assim, a ideia de organizar e compreender o conceito de Psicologia da Saúde em contextos sociais foi um movimento importante, pois introduziu esta em um amplo campo de demandas e variadas áreas de conhecimento, objetivadas em definir esse saber em ciência da saúde. Neste momento no qual a Psicologia adentra no campo das profissões da saúde, surge a demanda de pensar em uma prática e intervenções adequadas a esta realidade (Teixeira, 2004).

Para tanto, em meados dos anos 70 a Psicologia adentrou o “grupo” das profissões da saúde, com uma visão basicamente clínica. No início, encontravam-se vários desafios para atender as demandas da ciência da saúde na perspectiva social mas, aos poucos, um novo saber e aplicabilidade vão sendo estruturados. Assim, revela-se uma prática específica em contexto social, com uma demarcação clínico-social, em um contexto no qual as questões do individual (Spink, 2009) são cunhadas com uma amplitude social



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

intrínseca. Dessa forma, a Psicologia se reorganizou em uma especificidade social e tranpôs sua atuação, instrumentalização e técnica, basicamente clínica, para o âmbito social, em um movimento que revolucionou e revoluciona o saber em Psicologia.

Na definição de Psicologia da Saúde, construída na década de 80 por Matarrazzo apud Spink (2009) está definido que esta seria a aplicação diferenciada das faculdades e dos saberes em Psicologia, que consiste em um conjunto de práticas e conhecimentos utilizados para a realização da promoção, manutenção, prevenção, tratamento e identificação de fatores preocupados com a melhoria e implantação de sistemas sanitaristas. Esta compreensão de trabalho somente ganhou forma após os diversos, e por vezes incertos, movimentos de se repensar a Psicologia em um novo campo de atuação, ou seja, o campo social.

No Brasil, foi a partir de 1982 que começou a construção do que seria a Psicologia estruturada nesse novo saber no campo da Saúde. Aqui marca-se a entrada, embora entendida como tardia, em um espaço publicamente reconhecido, que veio por meio da secretaria de saúde mental na rede básica, em São Paulo. Esse movimento de pensar em uma Psicologia da Saúde, gera o marco de entrada da Psicologia em uma nova área de atuação, que não a clínica individual, e sim uma aplicação qualitativa e social desta, em seu já conhecido objeto de estudo, a saúde mental (Spink, 2009)

Em contrapartida, as dúvidas apresentadas no início da inserção dos psicólogos no Campo Social (Spink, 2009) quanto ao saber atuar neste novo lugar, ainda perdura no centro das discussões atuais sobre a prática clínica em Psicologia social em expressão clínica. Para tanto, a concepção da Psicologia da Saúde tem sua história a partir da Psicologia no hospital, apoiada em aportes teóricos da clínica psicanalítica. Dentre as possíveis práticas da psicologia da saúde, neste estudo optou-se por buscar melhor compreender o campo da saúde do trabalhador.

Uma Nova Perspectiva: A Saúde do Trabalhador

O início da preocupação com a saúde do trabalhador, surge junto com o crescimento da industrialização, pois nessa época aparecem necessidades de mudanças e melhorias dentro desse contexto. Desde essa época, já havia médicos que faziam atendimentos clínico-individuais nas empresas, mas esse campo de atuação foi ampliado



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

entre os anos de 1950 e 1960 devido a novas demandas. Assim, esse profissional também passou a pensar nas causas do absenteísmo, na seleção de pessoal e a analisar doenças e acidentes ocupacionais e essas novas atribuições começam a gerar a preocupação com a saúde ocupacional dos trabalhadores. (Teixeira & Oliveira, 1984).

Na década de 1970, quando o estado brasileiro era gerido pelos militares, estes instituíram a criação dos Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho, atualmente conhecidos como SESMT. O motivo da criação desse serviço foi buscar o aumento da produtividade na indústria e sabe-se que a saúde é primordial para se alcançar esse resultado e com a criação do SESMT, o estado passa para as empresas as responsabilidades com a saúde ocupacional (LACAZ, 1996).

Também foi a partir dos anos 70 que em virtude de uma nova visão do processo saúde-doença iniciado pela Medicina Social Latino Americana, começou a ocorrer a incorporação das ciências sociais sobre os estudos do tema trabalho-saúde (Minayo-Gomez & Thedim-Costa, 2003). Essa nova corrente social juntou-se ao movimento sanitário Brasileiro que ocorria na mesma época e dessa união começou haver uma preocupação com o social, ou seja, o contexto que envolvia o trabalhador (Lacaz, 1996).

O Movimento Sanitário Brasileiro realizou a VIII Conferência Nacional de Saúde em março de 1986 e a importância deste evento se dá pela participação da sociedade na formulação da proposta do SUS. Através das demandas levantadas nesse evento, surge a Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador em dezembro do mesmo ano, sendo que o principal assunto discutido no encontro foi a busca da consolidação das experiências dos Programas de Saúde do Trabalhador (PSTs) e suas atuações sobre as relações saúde e trabalho (Lacaz, 2007).

Todavia, a definição encontrada para a relação entre trabalho e saúde é campo de atividades teóricas e práticas, subordinado de maneira abrangente e complexa às relações Capital/ Trabalho, nas sociedades capitalistas. Essa proposta tinha o intuito de que a Saúde do Trabalhador deveria atender em um âmbito mais geral do que as outras formas de ação usadas há mais tempo, ou seja, a Saúde Ocupacional e a Medicina do Trabalho tradicional. Dessa forma, inicialmente surgiu a Saúde Ocupacional com o objetivo principal de garantir a produção e/ou a produtividade da empresa e a redução dos custos, na perspectiva de que as constantes avaliações poderiam minimizar o adoecimento do trabalhador, o que implicaria na manutenção da sua produção (Vasconcellos & Pignati, 2006). Já a Saúde do



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Trabalhador preocupa-se com o bem estar e a qualidade de vida, baseando-se no trabalho como fator determinante da saúde, evidenciando sua importância para a subjetividade dos trabalhadores e para sua inserção social, considerando que o trabalho é capaz de provocar mal estar, adoecimento e morte (Nehmy & Dias, 2010).

No Brasil, o início dos estudos para formalizar o campo do saber da Saúde do Trabalhador ocorreu através do movimento sindical dos trabalhadores de alguns setores da academia e de intelectuais da saúde que lutavam pela implantação do Sistema Único de Saúde (SUS). Vários estudiosos desse tema, determinados a entender o surgimento dessa preocupação com a Saúde do Trabalhador, consideram esses três como os principais atores sociais dessa nova construção de Conhecimento (Lacaz & Santos, 2010).

Esse movimento começa a ocorrer no final dos anos 1970 e início dos 1980, quando os departamentos de Medicina Preventiva e Social realizaram estudos que iam ao encontro das demandas dos sindicatos dos trabalhadores. Esses sindicatos, dos mais variados ramos como metalúrgicos, bancários, petroquímicos, marceneiros, entre outros, buscavam as universidades para apoiá-los com seu novo órgão técnico-científico, o Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes de Trabalho (Diesat), em 1980 (Lacaz, 1996).

Já se passaram muitos anos desde a primeira conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, mas ainda existem pontos a serem melhor discutidos. Ainda não se tem uma Política Nacional de Saúde do Trabalhador interdisciplinar e capaz de propor ações, formas de implementação e de avaliação efetivas e adequadas às necessidades dos trabalhadores. Outra preocupação está na fragmentação dos saberes dessa área, do conhecimento denominado campo de saúde do trabalhador. Atualmente, com o enfraquecimento dos movimentos sociais e sindicais, diminuíram as pressões tanto para a área acadêmica como para os governos investirem em mais conhecimento nessa Área (Gomez & Lacaz, 2005).

O ato de trabalhar e o trabalho em si ganha conotação de muita importância na vida dos sujeitos, em especial no que se refere à configuração de sua identidade social. O trabalho assume diferentes enfoques quanto ao processo de saúde e adoecimento do sujeito, pois as aproximações com as experiências que o sujeito vivencia, influenciam em qualidade das relações, na compreensão sobre a sociabilidade e, principalmente, nas implicações sobre a construção de sua identidade e na condição de saúde-doença que são



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

ações flutuantes as representações sociais vindas do âmbito político, econômico e cultural do contexto imediato de trabalho (Machin, Couto & Rossi, 2009).

Por isso, o trabalho por ter significado próprio de acordo com a experiência dos sujeitos. A partir do mesmo se infere uma força motriz que determina possibilidades teóricas de compreensão e suscita questionamentos sobre os fatores sociais que os representam tais como: condições de trabalho, prática laboral, condições interpessoais que, impreterivelmente, geram sentido ao estado de saúde ou doenças aos sujeitos.

Nesta perspectiva, as diferentes concepções de trabalho e suas relações, exercem funções na sustentação da identidade social e condições de equilíbrio do sujeito social. No campo da saúde, o trabalhador passa a ser objeto de estudo no processo saúde-doença do trabalhador e seu trabalho, estando os trabalhadores na posição de sujeitos essenciais de transformação das condições de trabalho e de saúde e adoecimento (Moreira, Silva & Alves, 2004).

MÉTODO

O trabalho foi realizado a partir de uma demanda da disciplina de Psicologia da Saúde, do Mestrado em Psicologia na Universidade Federal de Santa Maria. Trata-se de um estudo a partir de uma revisão bibliográfica referente à compreensão da psicologia no campo da Saúde.

Na pesquisa bibliográfica (Gil, 2010) são utilizados materiais científicos publicados, sendo que neste estudo foram utilizados textos básicos da disciplina, bem como materiais complementares para aprofundamento dos dados. A busca de material foi feita em artigos científicos, dissertações, teses, monografias e livros disponibilizados no programa da disciplina, seja nas fontes online e no acervo físico da biblioteca setorial da Universidade Federal de Santa Maria.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

A inserção da Psicologia em um novo locus, agora não mais privado e individual, mas sim coletivo e público, possibilitou outras concepções e campos de atuação para o psicólogo. Esta perspectiva impactou em mudanças relacionadas às problemáticas



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

psicopatológicas, pois se saiu dos consultórios para o ingresso no campo da saúde, em um lugar coletivo. Neste processo de novos lugares para se fazer Psicologia é que se permitiu a abertura de práticas psicológicas nas comunidades, em grupos e nas instituições.

Dessa forma, no que tange à Psicologia em lugares coletivos, surgem as Instituições como um novo campo de trabalho, sendo que essas começaram a serem vistas como um grande organismo, que merece ser atendido em virtude de suas demandas, relacionadas aos fenômenos humanos que nelas circulam. A partir desta nova proposição, o conceito de Psico- higiene proposto por Bleger passa a ser entendido como promover saúde e bem estar nas instituições, no lugar da higiene mental como era conhecido anteriormente (Bleger, 1984).

Assim, surge a Psicologia Institucional como uma prática de atuação coletiva, com uso de método clínico para atender demandas humanas dentro de um organismo vivo, ou seja, as instituições. A proposta de uma Psicologia Institucional difere de uma Psicologia na instituição, na qual esta se limitaria a execução de tarefas determinadas pela instituição. Já na Psicologia Institucional, o psicólogo deve ter autonomia para projetar ações e intervir dentro de ações diagnosticadas. O psicólogo institucional deve atuar como um técnico em prol da interação entre as pessoas, estando a serviço das relações humanas neste espaço. A psicologia institucional surge no sentido de compreender a dinâmica que constitui o sujeito e o envolve nas instituições, compreendendo-as como partes constituintes e integrantes na formação da personalidade dos sujeitos. (Bleger, 1984)

Já a criação do termo Psicologia Organizacional nasce em meados dos anos 90, para explicar a atuação do psicólogo nas instituições, mas acrescentando em sua preocupação atender as demandas neste contexto a partir da entrada dos conceitos como o estudo de comportamento e subjetividade no trabalho. Mais tarde o termo foi “reajustado” para Psicologia Organizacional e do Trabalho, com a proposta de atender e contemplar uma prática de Psicologia que relaciona o sujeito, a subjetividade, a saúde e o trabalho envolvidos na organização como um meio social de manifestação de constituição subjetiva (Tonetto, 2008).

Em 1984 ocorre o I Colóquio Nacional de Psicopatologia do Trabalho e entre os anos de 1986 e 1987 acontece um Seminário Interdisciplinar, com a participação de Dejours, o qual dá destaque a estas discussões, colocando o trabalho como elemento que participa ativamente da vida das pessoas. Em 1990, Dejours assume o laboratório de



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Psicologia do Trabalho em Paris, onde aprofunda o pensamento sobre as ações e condições mobilizadoras do trabalho a partir da inteligência criativa. Dois anos mais tarde, houve a proposição de uma nova denominação do que era conhecido como sofrimento e Psicologia do trabalho, sendo o mesmo substituído pela expressão Psicodinâmica do Trabalho. Deste esforço é que surgiu o livro de Dejours *Da Psicopatologia à Psicodinâmica do trabalho*. Já em 1993 sai a publicação da segunda edição deste último trabalho, na qual Dejours apresenta uma nova formatação de conceito, trazendo como centro da discussão o termo e conceito de uma Psicologia do Trabalho, o que trata a relação entre trabalho, subjetividade do homem e inteligência criativa como uma resposta mobilizada pelo trabalho. Dejours apresentou também, neste estudo, a conceituação de olhar não somente a psicopatologia do trabalho, mas o sofrimento e as formas que os sujeitos enfrentam o sofrimento, de modo a mobilizar ações astuciosas. Já em 1995 é publicado no Brasil um texto de Dejours que ressalta esta compreensão, sendo o mesmo chamado *o Fator Humano* (Lancman & Sznewar, 2008).

CONCLUSÃO

Através deste estudo bibliográfico, buscou-se entender o papel do psicólogo da saúde frente às demandas de saúde e em diversos contextos sociais. A psicologia como profissão e ciência, deve ser vista como de origem social, vinculada à área da saúde e como uma ciência que permite olhar o homem como sujeito biopsicossocial.

A entrada da psicologia em um campo intimamente social que é o da Saúde permite não mais pensar na criação de limites, mas atender e promover o bem estar dos sujeitos, seja na perspectiva da clínica individual, nos grupos, nas instituições, na comunidade ou em qualquer locus. Portanto, essa reflexão serviu para mostrar o quanto a psicologia da Saúde é uma ciência nova ainda e que precisa ser melhor fundamentada tanto em sua prática quanto nas suas várias possibilidades de atuação.

No que se refere a essa atuação frente à Saúde do Trabalhador, nota-se que a mesma surgiu praticamente junto com a Psicologia da Saúde e faz parte dessa vertente. E no Brasil, aos poucos, os psicólogos estão se apropriando desses novos saberes, qualificando-se para atender estas novas demandas, para assim, consolidar o papel deste profissional frente as demandas de saúde.



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

REFERÊNCIAS

- Bleger, J. (1984). *Psico-Higiene E Psicologia Institucional*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Gil, A. (2010). *Como Elaborar Projeto De Pesquisa*. 5ª Ed. São Paulo: Editora Atlas.
- Gomez, C. M; & Lacaz, F.A.C (2011). Saúde Do Trabalhador: Novas-Velhas Questões. [Versão Eletrônica] *Ciência Saúde Coletiva*. 10(4), 797-807.
- Lacaz F.A.C. (1996). *Saúde Do Trabalhador: Um Estudo Sobre As Formações Discursivas Da Academia, Dos Serviços E Do Movimento Sindical* [Tese].Campinas: Departamento De Medicina Preventiva E Social, Faculdade De Ciências Médicas, Universidade Estadual De Campinas.
- _____. (2007). O Campo Saúde Do Trabalhador: Resgatando Conhecimentos E Práticas Sobre As Relações Trabalho-Saúde [Versão Eletrônica] . *Caderno Saúde Pública*. 23(4), 757-766.
- Lacaz, F.A.C., & Santos, A.P.L. (2010). Saúde Do Trabalhador, Hoje: Re-Visitando Atores Sociais [Versão Eletrônica]. *Rev Med Minas Gerais* 20(2 Supl 2), 5-12.
- Lancman, S., & Sznewar, L. I. (Orgs) (2008) . *Christophe Dejours: Da Psicopatologia À Psicodinâmica Do Trabalho*. 2ª Ed. Rio De Janeiro: Editora Fiocruz.
- Machin, R., Couto, M.T., & Rossi, C.(2009). Representações De Trabalhadores Portuários De Santos. -Sp Sobre A Relação Trabalho-Saúde [Versão Eletrônica]. *Saúde Soc*. 18(4), 639-651.
- Minayo-Gomez, C., & Thedim-Costa, S. M. F. (2003). Incorporação Das Ciências Sociais Na Produção De Conhecimentos Sobre Trabalho E Saúde [Versão Eletrônica]. *Ciência Saúde Coletiva*, 8(1), 125-136.
- Moreira M. A., Silva A. O., & Alves M. S. C. (2004). Contribuição Da Teoria Das Representações Sociais Na Avaliação Do Risco Ocupacional [Versão Eletrônica]. *Interacções* 6, 131-141.
- Nehmy, R. M. Q., & Dias, E. C. (2010). Os Caminhos Da Saúde Do Trabalhador: Para Onde Apontam Os Sinais? [Versão Eletrônica] *Rev Med Minas Gerais* 20(2 Supl 2), 13-23.
- Spink, M. J. (2009). *Psicologia Social E Saúde: Prática Saberes E Sentidos*. 5ª Ed. Rio De Janeiro: Vozes.



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

- Teixeira, J.A.C. (2004). *Psicologia Da Saúde* [Versão Eletrônica]. *Análise Psicológica*, 3 (Xxiii), 441-448.
- Teixeira, S. M. F., & Oliveira, J. A. (1984). Medicina De Grupo: A Medicina E A Fábrica. In: Guimarães R, Organizador. *Saúde E Medicina No Brasil: Contribuição Para Um Debate*. 5ed. Rio De Janeiro: Edições Graal, 181-206.
- Tonetto, A. M., Amazarray, M. R., Koller, S. H., & Gomes, W. B. (2008). Psicologia Organizacional E Do Trabalho No Brasil: Desenvolvimento Científico Contemporâneo [Versão Eletrônica]. *Psicol. Soc.* 20(2), 165-173.
- Traverso Yepez, M. (2011). A Interface Psicologia Social E Saúde: Desafios E Perspectivas [Versão Eletrônica]. *Psicol. Estud.*, 6(2), 49-56.
- Vasconcellos, L. C. F., & Pignati, W. A. (2006). Medicina Do Trabalho: Subciência Ou Subserviência? Uma Abordagem Epistemológica [Versão Eletrônica]. *Ciência Saúde Coletiva*, 11(4), 1105-1115.



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Reflexões acerca da epidemia do crack: relatos de usuários

Bruna Gil ¹

Andressa Botton ²

¹ Centro Universitário Franciscano (UNIFRA)

² Faculdade Integrada de Santa Maria (FISMA)

² Universidade Federal de Santa Maria (UFSM)

RESUMO

A mídia contribui diretamente para a formação de conceitos e opiniões, principalmente, através da televisão, uma das mais populares fontes de informação. Nesse sentido, a pesquisa reflete criticamente sobre as informações veiculadas na mídia sobre o crack, visto a atual repercussão em cima dessa droga. Este estudo é de caráter qualitativo, do tipo exploratório, referente à percepção de quatro usuários de crack em tratamento, num CAPS de uma cidade do Rio Grande do Sul, sobre as repercussões da chamada “epidemia do crack” insinuada pela campanha publicitária “Crack Nem Pensar”, veiculadas na mídia televisiva. Para coleta das informações, foram utilizadas entrevistas semi-estruturadas e análise de conteúdo para interpretá-las, dentro da perspectiva da Psicologia Social Crítica.

Palavras-chave: Crack; Epidemia; Mídia.

INTRODUÇÃO

Nunes et al. (2010), afirmam que o uso de drogas sempre esteve presente na história da humanidade de diversas formas e em diferentes contextos. Nesse sentido, quanto mais se discute a temática das drogas, mais ela se mostra de difícil intervenção, pois é abordada entre diversas oposições e nuances. Isso porque, na opinião de Lis e Scarparo (2010), muitas das estratégias existentes não contemplam as peculiaridades existentes nas relações entre as famílias dos usuários, as políticas públicas e as drogas. Buscando para uma questão complexa, estratégias simples como a tão conhecida guerra as



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

drogas. Assim, a análise da questão de forma abrangente, que englobe se não todas, a maioria das faces da vida do sujeito, acaba sendo prejudicada.

Vivemos a realidade das epidemias. O crack é hoje anunciado como mais uma delas. Substância que surge de lugares “desconhecidos” e passa a fazer parte da vida de diversas pessoas, tornando-as dependentes e vítimas de um produto que leva a morte. É dessa maneira que hoje o crack é apresentado, veiculado na mídia e muitas vezes entendido. Diante dessa realidade, esta pesquisa busca questionar o que é oferecido nos dias atuais como informação sobre o tema das drogas, em especial do crack, e como essas informações influenciam diretamente a vida das pessoas envolvidas nessa questão.

Este trabalho é parte integrante de uma pesquisa maior que buscou escutar o que pensam os usuários de crack sobre a forma como a mídia veicula a droga e consequentemente a imagem dos sujeitos que fazem uso dela, principalmente na campanha publicitária “Crack Nem Pensar”. Esse recorte aborda como essas pessoas começaram a usar drogas e as repercussões desse uso em suas vidas. Buscamos destacar também as influências da mídia na formação da imagem negativa dos usuários de drogas, enfatizando aspectos de marginalização e periculosidade associando o sujeito a tudo que existe de ruim e condenável.

METODOLOGIA

Para a coleta de dados, foram entrevistados quatro homens, usuários de crack que estavam durante esse período em tratamento em um Centro de Atenção Psicossocial de uma cidade do interior do Rio Grande do Sul. Os participantes foram indicados pelas psicólogas do local e estavam em abstinência durante a coleta dos dados, estratégia de tratamento utilizada pela instituição. Cada um foi entrevistado individualmente e as entrevistas foram gravadas, transcritas e apagadas, conforme indicado no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado por todos os participantes.

REFERENCIAL TEÓRICO

No ordenamento jurídico vigente, a temática das drogas é abordada em território nacional pela Lei nº 11.343 de 2006 (BRASIL, 2006), que substituiu as leis anteriores e



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

que aproximou a questão do uso de drogas do aspecto da saúde pública, auxiliando para afastá-la da esfera policial, segundo estudo de Lins e Scarparo (2010). É importante destacar, também, a Resolução do Conselho Nacional Antidrogas que aprova a Política Nacional contra as Drogas, iniciada em 2005, e a Portaria do Ministério da Saúde que versa sobre a Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas (BRASIL, 2004), que teve início em 2004. Todas tratam de informar, orientar e regular, maneiras de entendimento e enfrentamento da questão das drogas.

Sabemos que o tema das drogas ainda não está tão separado da esfera policial, até porque ele ainda é visto como algo que deve ser combatido, exemplo disso, a tão conhecida guerra às drogas. Podemos citar também as propostas do Ministério da Saúde, que continuam a colocar o usuário em uma posição passiva, agora não mais de marginal e delinquente (como outrora) que deve ser preso, mas de doente e incapaz, um pessoa tomada pelas drogas, que deve ser sedada, amarrada e internada à força, tudo certamente para a “garantia” de sua vida.

Específico ao crack, em 2010 foi lançado o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e Outras Drogas (BRASIL, 2010), que disponibilizando R\$410 milhões para ações de prevenção, atenção e reinserção social de usuários, e repressão ao tráfico em todo território nacional. O plano configurou-se dividido em ações imediatas e ações estruturantes. As primeiras foram compostas pela criação de 6.120 novos leitos para internação de usuários (ideia de tratamento que ainda persiste mesmo depois de todas as discussões proporcionadas a partir da Reforma Psiquiátrica), criação de 50 CAPS AD, distribuídos em cidades com população inferior a 20 mil habitantes, 65 mil vagas para cursos de capacitação de profissionais, e demais medidas. As ações estruturantes são compostas, entre outros, por estudos clínicos e de diagnóstico do perfil do usuário de crack (como se fosse possível identificar um único perfil), novas modalidades de tratamento, mapeamento dos serviços de saúde que atendam a essa demanda e consultórios de rua.

No universo acadêmico, são raras as pesquisas que analisam a forma como a mídia veicula determinadas informações. Segundo estudos de Trad (2003), enquanto a publicidade comercial procura estimular o consumo exaltando situações positivas associadas ao produto, como, por exemplo, as drogas lícitas, a publicidade de prevenção apela para o senso de responsabilidade e prudência, associando o uso de drogas à enfermidade, ao insucesso pessoal e à delinquência.



Tais campanhas de acordo com Vedovatto (2010), são estruturadas em fundos escuros, em ambientes sujos, com figuras mal cuidadas, passando a imagem de pessoas com condutas divergentes, moralmente culpabilizadas. Elas colocam os usuários num estilo de vida condenável, culturalmente empobrecido e sempre à margem, associados à imagem de pessoas perdedoras.

Evidencia-se, assim, de acordo com Guareschi e Biz (2005) a importância de uma educação para uma leitura crítica da mídia, para ajudar no desvelamento de estratégias ideológicas responsáveis por criar e reproduzir ideias que levam a privilegiar determinados grupos sociais e a discriminar pessoas com menos recursos ou qualidades socialmente reprovadas. Segundo Roso et al. (2002), precisamos ficar atentos às práticas veiculadas nos meios de comunicação de massa, pois, diferentes mensagens passam a interagir com as diversas culturas, criando representações e transformando as relações entre as pessoas ou grupos.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Este recorte busca refletir e problematizar sobre aspectos pessoais dos entrevistados nos envolvimento com as drogas que utilizaram, e as repercussões desse uso nas suas vidas. A partir dos relatos percebemos que todos os entrevistados começaram a utilização de algum tipo de droga ainda na infância, ou no início da adolescência.

Nesse sentido, pudemos observar, que todos os participantes fizeram um caminho semelhante quanto às drogas ilícitas utilizadas: iniciando pela maconha, passando pela cocaína até chegar ao crack. Estas questões puderam ser observadas nas seguintes falas:

P1: “Comecei a fazer opções próprias, optar por álcool, cigarros, e foi um passo em seguida pra droga, com 11, 12 anos já tinha experimentado algum tipo de droga (...) acho que o usuário de cocaína, maconha e álcool, tem 100% de chances de chegar ao crack (...) foi assim que aconteceu comigo.”

P2: “Com 11 anos eu comecei a fumar maconha e com 13 eu já cheirava pó (...) foi no dia que minha mulher me deixou que procurei coisa mais forte pra mim.”

P3: “Com 14 anos comecei a fumar maconha, aí depois já não deu e pulei pra cocaína (...) aí já não estava mais suficiente e provei (crack) pela primeira vez.”



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

P4: “Com 14 anos eu cheirava cola de sapateiro, loló, tomava chá de cogumelo, depois comecei a usar maconha, cocaína, crack.”

A partir desses trechos, percebemos que existe uma importante semelhança entre os entrevistados, tanto quanto as drogas que usaram, como quanto a sequência desse uso. Poderíamos problematizar este fato de diversas formas, no entanto, buscamos destacar a questão da “epidemia” estar ligada apenas ao crack. Não se pretende, neste artigo, negar as consequências adversas do uso do crack, porém, queremos dar visibilidade ao fato de que antes de usarem crack, os entrevistados já eram dependentes de cocaína e outras drogas. E, principalmente, já tinham tido uso contínuo de álcool e maconha. A partir disso, nos perguntamos: por que toda a preocupação da campanha publicitária em questão está voltada para o crack?

Refletindo sobre aspectos de prevenção, podemos pensar no porque das intervenções voltadas para esta não serem feitas com o intuito de evitar que os sujeitos iniciassem o uso de outras drogas, como as lícitas (cigarro e o álcool), ou até mesmo as ilícitas, como a maconha, por exemplo. Pois, no universo pesquisado, nenhum deles, tornou-se usuário de crack sem ao menos ter usado maconha e cocaína inúmeras vezes. Sendo que, além disso, todos se consideravam dependentes de cocaína antes de começarem a usar crack.

Surgem, assim, algumas questões: para que público essas propagandas estão realmente voltadas? Será que elas estão focando os que estão mais vulneráveis a usarem essa droga? São tais reflexões que podem suscitar outras estratégias de prevenção mais adequadas, que dialoguem com o público alvo. Nesse sentido, a partir da análise dos relatos obtidos, pensamos que a campanha em questão deveria ser voltada para um público que já teve acesso a outras drogas, já que nenhum dos entrevistados relatou ter sido o crack a primeira droga a ser consumida.

Nos próximos trechos, serão discutidos conceitos que versam sobre as diversas situações que estas pessoas passaram para se manterem no uso do crack. Dentre os quatro entrevistados, três deles relataram terem morado na rua por algum tempo. Estas questões são observadas nas falas a seguir:



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

P2: “É horrível ficar na rua. As pessoas te olham, tu tá sujo, mal arrumado, anda bebendo, tu não se importa com nada disso. Eu só tomava banho de vez em quando, quando ia pra casa.”

P1: “Eu tive perda total de tudo, família, trabalho, credibilidade, passei a morar na rua. Nesse ano que eu estava na rua eu tive três passagens pela penitenciária (...) quando saí pela última vez, eu disse: meu Deus, como eu vou viver na rua se a rua só oferece a droga, minha única opção na rua é voltar pra droga. Porque onde vou comer, fazer minha higiene? Quem vai me acolher se eu estou saindo de dentro de uma cadeia, quem vai me acolher?”

P4: “Tive que pedir comida pras pessoas, pedia dinheiro na rua, dizia que era pra comprar remédio, comida, gás.”

A partir desses relatos, percebemos quão socialmente marginalizados estavam essas pessoas durante esse período. Bauman (2005) entende que na área do planeta comumente compreendida pela ideia de sociedade, não há um compartimento para o refúgio humano. Essas pessoas refugadas, além de não terem lugar, ainda são consideradas, frequentemente, como um problema financeiro.

A partir desses trechos, buscamos problematizar o poder que a mídia sensacionalista tem na perpetuação de um sistema que visa rotular o usuário de drogas, excluindo-o ainda mais da sociedade, se é que podemos dizer que algum dia esses foram incluídos. Desse modo, os relatos a seguir trazem à tona as consequências, desse estereótipo negativo associado a quem faz uso de drogas, que são vividas e sentidas no dia a dia desses sujeitos. O que foi trazido pelos participantes, só ressalta parte de toda exclusão que eles e suas famílias sofrem.

P3: “Meus guris não podiam brincar com ninguém porque eram filhos do maconheiro, do boleterio (...) a pior coisa que tem é as pessoas fecharem as portas quando tu entra, é tirarem as crianças de perto, porque um drogado né, não vai deixar as crianças perto.”

P2: “Estou mais que excluído da sociedade. Nem me dão bola. Eu me sinto uma pessoa fora da sociedade, me sinto mesmo (...).”

P1: “Ninguém vai dar emprego, ninguém vai dar um trabalho digno pra alguém que é usuário.”



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Queiroz (2001), aponta que ainda hoje, a maioria dos programas de prevenção e tratamento da drogadição têm como pressuposto a possibilidade de se chegar a uma sociedade sem drogas e, como objetivo principal, a abstinência total. Esse aspecto, além de ser impossível, está completamente articulado a um discurso extremamente moralista de cunho ortodoxo, que segundo Vedovatto (2010), determina o que é bom ou não, para o outro, associando o usuário de drogas a uma pessoa que destrói famílias, relacionando sua imagem ao responsável por todos os males da sociedade.

Nesse sentido, podemos pensar a droga não como uma questão individual de quem é dito como “drogado”, mas como uma questão muito mais ampla: um problema social. O problema não parece ser o usuário, ou a droga que usa, o problema parece ser do sistema, da sociedade, ou seja, de todos nós, da individualização, exclusão e dominação. Somos, sim, responsáveis por aqueles que, outrora, criticamos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através deste estudo exploratório, conhecemos a percepção de usuários de crack em tratamento sobre as propagandas veiculadas na mídia referentes à campanha publicitária “Crack Nem Pensar”. Os entrevistados se posicionaram problematizando de forma crítica e incisiva a campanha, relatando que ela não reflete na prevenção. No entanto, podemos dizer que ela repercutiu na sociedade de diversas outras formas, e uma delas pode ser citada pela influência que teve na criação, dentro do cenário social, da imagem dos usuários de crack como pessoas do mal, perigosas e ligadas ao crime organizado. Discurso de cunho moralista, que só contribui para perpetuar a lógica da exclusão, rotulando-os com o intuito da marginalização.

Essa é uma lógica passível de ser justificada pela sociedade, porque muitas vezes esses sujeitos apresentam comportamentos desviantes dos socialmente aprovados. Dessa maneira, além dos próprios fracassos que esse grupo tem, Siqueira (2008) aponta que existem todos os fracassos que o resto da sociedade destina a eles, culpando essas pessoas por tudo que existe de ruim: pelos assaltos, pelas mortes, pelos homicídios, e pelo tráfico de drogas, por exemplo.

Nesse sentido, foi possível percebermos a influência que a mídia exerce na formação dessa imagem negativa dos usuários de drogas. Consequentemente, passamos a



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

entendê-la como uma entidade formadora e perpetuadora de conceitos, devido ao poder de persuasão na veiculação das informações, bem como, na interpelação dos sujeitos. De acordo com estudos de Roso et al. (2002) é um instrumento utilizado para que sejam criados ou perpetuados estereótipos massificadores e reforçadores de relações de poder e dominação, das majorias sob as minorias sociais, como é o caso do nosso universo entrevistado.

Assim, as propagandas da referida campanha, exerceram diferentes papéis nos distintos grupos que atingiu. Para os entrevistados, percebemos sentimentos de exclusão e refugio, o que faz com que eles se sintam segundo Bauman (2005), a margem do único jogo disponível, não sendo mais jogadores, não são mais necessários, ou seja, estão fora. No entanto, a campanha parece ser satisfatória para o senso comum, pois remete a uma sensação de alívio pela mídia responder, aparentemente, a uma demanda da sociedade. Alívio porque, por esse público não ser vulnerável, ele se satisfaz em pensar que alguém esta fazendo algo para terminar com as drogas, sem maiores críticas.

Nesse sentido necessitamos pensar em políticas públicas que abordem o tema das drogas de maneira ampla e integral, tratando o sujeito que faz uso delas como ser humano acima de tudo. Proposta que sugere deixar de lado conceitos moralistas e pragmáticos, que contribuíram, durante boa parte da história, para afastar o usuário de qualquer cuidado que este necessite. Precisamos trabalhar no sentido de aproximar essas pessoas, que há muito tempo são colocadas entre muros, longe dos nossos olhos. Dessa maneira, caminhar para trazê-los pra perto, e somente assim possibilitar, efetivamente, que sejam exercidos seus direitos de atenção nos mais diversos âmbitos sociais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bauman, Z. Vidas desperdiçadas. Rio de Janeiro: Zahar; 2005.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. SVS/CN-DST/AIDS. *A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas*. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
- Brasil. Lei n. 11.343, de 23 de agosto de 2006. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2006; 24 ago.

Brasil. Decreto nº 7.179 de 20 de maio de 2010. Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao crack e outras drogas, cria o seu Comitê Gestor, e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2010; 21 mai.

Guareschi, P., Biz, O. Mídia e Democracia. Porto Alegre: Evangraf; 2005.

Lins, MS. Scarparo, H. Drogadição na contemporaneidade: Pessoas, famílias e serviços tecendo redes de complexidade. *Psicologia Argumento* 2010. p. 261-271.

Nunes, DC. Santos, LM., Fischer, MF., Güntzel, P. “...outras palavras sobre o cuidado de pessoas que usam drogas...”. Santos, LM. organizadora. *Outras palavras sobre o cuidado de pessoas que usam drogas*. Porto Alegre: Ideograf; 2010. p. 15-26.

Queiroz, IS. Os programas de Redução de Danos como Espaços de Exercício da Cidadania dos Usuários de Drogas. *Psicologia Ciência e Profissão* 2001. p. 2-15.

Roso, A., Strey, M., Guareschi, P., Bueno, S. Cultura e ideologia: a mídia revelando estereótipos raciais de gênero. *Psicologia & Sociedade*, 2002. p. 74-94.

Siqueira, D. In Lancetti, A. *Clínica Peripatética*. São Paulo: Hucitec; 2008. p. 53-76.

Trad, S. A publicidade de drogas na TV: o contraste entre o discurso da prevenção e da publicidade comercial. *Revista Olho mágico* 2003. p. 99-103.

Vedovatto, S.. Contrapondo o discurso midiático sobre drogas: nem tão feios, nem tão sujos, nem tão malvados: pessoas de bem também usam drogas! Santos, LM. organizadora. *Outras palavras sobre o cuidado de pessoas que usam drogas*. Porto Alegre: Ideograf; 2010. p. 159-166.



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Reflexões sobre maternidade em um grupo de mulheres

Adriane Roso ¹

Mônica Angonese ¹

Letícia Dalla Costa ¹

Samanta Basso ¹

Maiana Busnelo ¹

¹Universidade Federal de Santa Maria (UFSM)

RESUMO

Este trabalho trata-se de um recorte da pesquisa “Saúde Sexual e Reprodutiva das Mulheres: o Grupo como Dispositivo”²⁸. Esta pesquisa é vinculada à ação de extensão “Direitos Sexuais e Reprodutivos: Conversando sobre Saúde”, a qual realiza grupos de empoderamento com mulheres maiores de 18 anos pertencentes à comunidade santamariense. Os grupos acontecem em intervalos semanais, na Clínica de Estudos e Intervenções em Psicologia (CEIP) e são mediados por psicólogas e estudantes de psicologia. Buscamos contribuir com o campo da psicologia grupal, além de buscar ser um disparador da reflexão (mediar a conscientização) sobre as perspectivas das mulheres quanto às suas necessidades e seus direitos em relação à saúde sexual e reprodutiva. Além disso, busca-se apreender o grupo como dispositivo de empoderamento. Este trabalho expõe e discute alguns resultados referentes a um dos grupos ocorridos no ano de 2011, principalmente no que tange a saúde reprodutiva e à maternidade.

Palavras-chave: Psicologia Social; Psicologia de Grupos; Saúde das Mulheres; Saúde Reprodutiva

²⁸ Pesquisa contemplada com recursos do Edital MCT/CNPq N° 014/2010 – Universal



INTRODUÇÃO

O sofrimento psíquico feminino está associado, predominantemente, às pressões que a desigualdade de gênero exerce sobre as mulheres (Villella, 1992). Gênero é entendido aqui sempre na dimensão relacional, e sendo ele um organizador social, pode ser configurado de forma igualitária ou assimétrica, favorecendo, neste último caso, relações injustas de poder entre homens e mulheres.

Uma das maneiras encontradas para enfrentar essa desigualdade foi as lutas pela emancipação da mulher, por exemplo, através do movimento feminista, começando com grupos de reflexão, substituindo o isolamento do indivíduo pensante pela “formação de uma coletividade com uma práxis” (Giffin, 1999, p.81). Esses grupos de reflexão no início do movimento feminista traziam como conteúdo “as vidas cotidianas das participantes, especialmente suas próprias vivências corporais mais íntimas na área da sexualidade/reprodução que tinham sido silenciadas socialmente” (ibid.).

Tendo por base os ideais feministas, no ano de 2009 iniciou-se o Projeto de Extensão intitulado “Direitos Sexuais e Reprodutivos: Conversando sobre Saúde”, o qual está atualmente no quarto ano de realização e consiste na formação de grupos buscando ampliar as possibilidades de conscientização de mulheres da comunidade santa-mariense. Do mesmo modo que os grupos de reflexão surgidos com o movimento feminista, o projeto tem como foco as vidas cotidianas das participantes, suas vivências corporais na área da sexualidade/reprodução que muitas vezes são silenciadas socialmente.

Os encontros ocorrem semanalmente, na Clínica de Estudos e Intervenções em Psicologia (CEIP), com duração de 60 minutos cada encontro e são mediados por psicólogas e estudantes de psicologia, supervisionados pela professora coordenadora do projeto. Através de ações dialógicas, as mulheres vão ajudando umas as outras e se fortalecendo (*empowerment*), com o auxílio das mediadoras que fazem parte da equipe do projeto. O projeto de extensão dá as bases para a pesquisa “Saúde Sexual e Reprodutiva das Mulheres: o Grupo como Dispositivo”.

Este trabalho trata de expor e discutir alguns resultados referentes ao grupo como dispositivo para discutir saúde reprodutiva e maternidade.



DESENVOLVIMENTO

Os direitos reprodutivos se opõem, por um lado, a qualquer tipo de controle coercitivo da natalidade e, por outro, a qualquer tipo de imposição natalista que implique a proibição de uso de métodos contraceptivos. Assim, os direitos reprodutivos pressupõem que toda pessoa tenha a liberdade de escolha para definir como, quando e quantos filhos quer ter, incluindo também não ter filho algum, isto é, o direito “não reprodutivo”, além de poder contrair matrimônio de maneira livre e com o pleno consentimento de ambas as pessoas (Corrêa, Jannuzzi e Alves, 2003).

A ideia de exercer os direitos sexuais e reprodutivos remete à noção de saúde da mulher. As ideias de saúde reprodutiva e saúde sexual são inspiradas por uma *vocação emancipatória* (Villela, 2000, p.10), que favoreça que as mulheres se sintam empoderadas e possam exercer sua autonomia, buscando o que desejam para si como mulher.

Giffin (1999) explica que à luz do capitalismo, ser “rainha do lar” não satisfazia. Assim, o controle sobre o corpo, como métodos contraceptivos e aborto representa a possibilidade de igualdade na sexualidade, separando esta da ideia de reprodução. Controlar a fecundidade é também ter possibilidade de igualdade com os homens no aspecto profissional, pois quando as mulheres não têm o direito a esse controle, é mais provável a interrupção de carreiras, a diminuição do tempo e da energia disponíveis para exercer um trabalho remunerado em função de gravidez não planejada (idem).

Discorda-se, portanto, de Lopes et. al. (2005, p.247) quando afirmam que o nascimento de um filho, principalmente o primogênito, “inaugura definitiva e concretamente a maternidade”. Como bem lembrou Jerusalinsky (2011), a maternidade não é da ordem do real, mas do simbólico, do imaginário. Nesse sentido, o autor coloca que o bebê nasce em um tempo lógico, diferente do tempo biológico, que “a criança sempre é extemporânea” (idem, p.109) e que o parto causa surpresa, ainda que seja esperado, isso sendo evidenciado nas narrativas dos pais, em que o nascimento do filho sempre aparece como se “de repente” tivesse acontecido.

Uma importante distinção é feita por Leal (1990) entre duas realidades que, normalmente, são consideradas iguais: a gravidez e a maternidade. A autora traz que a gravidez é o período entre a concepção e o parto, em que as mudanças corporais, físicas e psicológicas ocorrem basicamente na mulher, são exclusivas dela. Os aspectos biológicos,



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

da capacidade de reprodução e da fertilidade, estão relacionados a esse período. A maternidade, entretanto, transcende a período da gravidez, pois se insere em uma dinâmica cultural e num determinado período histórico. Trata-se de um projeto bem mais longo de cuidados, responsabilidades, carinhos dispensados ao bebê e ambientes favoráveis ao seu desenvolvimento saudável. No projeto da maternidade, as dimensões e concepções culturais são primordiais (Leal, 1990).

Segundo Losada e Rocha-Coutinho (2007), historicamente, o filho e a família como um todo teriam sido de responsabilidade da mulher, representando sua única forma de felicidade. A maternidade era, portanto, socialmente vista como característica de toda mulher completa. As mulheres sem filhos, nesse sentido, tinham de enfrentar os julgamentos da sociedade e seus próprios sentimentos ambíguos em relação à maternidade.

Tais sentimentos são evidenciados por Mansur (2003) em sua pesquisa com mulheres sem filhos. As entrevistadas demonstram: frustração em não poder gerar um filho pela infertilidade, opção clara e firme por não ser mãe, até mesmo realizando abortos; temores quanto à gestação e cuidado dos filhos; projetos pessoais do casal incompatíveis com a gravidez (Mansur, 2003). A singularidade da escolha de ser mãe, em função das vivências e expectativas de cada uma das mulheres, bem como dos aspectos biológicos, sociais e familiares que influenciaram nessa decisão se mostra evidente.

Nesse sentido, uma retrospectiva das mudanças mais marcantes nas concepções da maternidade ao longo dos tempos se mostra importante, já que as variáveis históricas e sociais influenciam na maternidade. Scavone (2001) aponta que, desde a revolução industrial até o período atual, os padrões de maternidade vêm sendo modificados. Tais mudanças dizem respeito a uma concepção de mulher exclusivamente ligada a sua prole e definida como mulher sendo mãe, para uma definição mais ampla de feminilidade ligada à inserção no mercado trabalho, à nova identidade e a maior valorização da mulher dentro da sociedade, embora, mesmo com esta abertura de horizontes, ainda há muito que se pensar quanto à inserção democrática da mulher em todos os campos. Esse novo paradigma, acoplado as novas formas de contracepção, trouxe a elas mais elementos para pensar a maternidade. A partir disso, o desejo de ser mãe passa a ser atravessado por muitas variáveis sociais, econômicas, culturais, biológicas e subjetivas: o dilema de ser, ou não ser mãe passa a ser um fenômeno moderno do século XX (Scavone, 2001).



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Pensar na diferença existente entre gerar um filho – a gravidez - e desejar ser mãe – a maternidade - é bastante pertinente para a maior compreensão das escolhas atuais das mulheres (Leal, 1990). As implicações biológicas certamente influenciam na decisão feminina de gerar um filho, no entanto, as questões culturais e subjetivas têm um peso significativamente relevante, pois englobam as concepções de ser mãe da sociedade na qual a mulher está inserida, bem como as próprias concepções que a mulher recebeu de sua família (idem).

OBJETIVOS

Este trabalho busca apresentar e discutir alguns resultados referentes à pesquisa “Saúde Sexual e Reprodutiva das Mulheres: o Grupo como Dispositivo”, principalmente no que tange à saúde reprodutiva e à maternidade.

MÉTODO

Recorreu-se ao banco de dados do ano de 2011 da pesquisa “Saúde Sexual e Reprodutiva das Mulheres: o Grupo como Dispositivo”, onde foram acessadas as transcrições dos 26 encontros de um dos grupos realizados no referido ano. As transcrições foram lidas cuidadosamente e foram selecionados fragmentos que aludissem à “mãe”, “maternidade” ou “papeis da mulher”. Após, buscou-se uma discussão com foco qualitativo, tendo por base a psicologia social crítica, os estudos de gênero e a teoria psicanalítica.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

O grupo em foco neste trabalho teve a participação de sete mulheres com idades entre 29 e 50 anos, sendo que todas são mães. Nos encontros do grupo, os filhos e a relação da mulher com a maternidade foram assuntos preponderantes, como disse a participante 3 “*A gente acaba sempre falando da gente com os filhos*”.

É certo que gestar um filho não é requisito para maternar – pode-se pensar aqui em pais adotivos. Gestar e parir produz efeitos imaginários na posição da mãe na maternagem,



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

mas é esta que define a capacidade de exercer a função materna (Duvidovich, 2004). Badinter (1985) exprime sua posição ao asseverar que “...o amor materno não é inato. É exato: acredito que ele é adquirido ao longo dos dias passados ao lado do filho, e por ocasião dos cuidados que lhes dispensamos” (p.15). Uma das participantes relata o sentimento que teve logo após o nascimento do filho: (...) *Eu não amava ele, eu não sentia nada por ele além de cuidado, sabe? (...)* (participante 4). Pode-se entender que também para Badinter a função materna não é exercida pelo biológico – gestação/parto – mas pela maternagem, pelo cuidado e pelo amor que se constrói e se conquista ao longo do tempo.

Duvida-se, então, que o parto seja o acontecimento pelo qual homens e mulheres se tornam pais, como propuseram Lopes et al. (2005) ao citarem Fisher, Astbury e Smith (1997). Uma participante descreve sua experiência: *quando os filhos nascem tu, bom, tu nem sabe o que que é mãe né. (...) eu descobri que eu era mãe, não foi quando eles nasceram, foi no decorrer né (...)* (participante 4).

A noção de *criação* da mãe favorece a desconstrução de um instinto materno. Quando se propõe a pensar a maternidade com base em um instinto, deve-se assumi-la como predeterminada, universal e necessária. Badinter (1985), no entanto, afirma que “o amor materno existe desde a origem dos tempos” (p.17), mas não existe “necessariamente em todas as mulheres, nem mesmo que a espécie só sobreviva graças a ele” (p.17). No grupo, as mulheres localizaram esse “instinto” como algo não natural, mas construído pela sociedade: (...) *Isso é uma enorme duma mentira, e isso é implantado na cabeça das meninas e depois, sabe... (...) Porque eu também sempre sonhei em ser mãe, agora se tu me pergunta daonde que eu tirei isso... Sei eu! Acho que de ouvir as pessoas falar* (participante 4).

Uma das “características” da mãe moderna colocadas por Jerusalinsky (2011) é a angústia relacionada à liberdade de viver a própria vida e o investimento na profissão, acrescentando a maternidade a tudo isso. A frustração por não conseguir conciliar maternidade e profissão fica evidente em uma das falas da participante 4: (...) *eu fico em casa hoje, e aí tu vê, tipo assim, eu não tô trabalhando, eu também tô frustada por não fazê coisas que eu gostaria de fazê, eu tô frustada por não ter mais meu dinheiro, de consegui realizá coisas. E eu passô vinte e quatro horas por dia com eles (filhos), e continuo frustada, tu entende? Eu acho que isso é um, por isso que eu digo, essa coisa da maternidade, pra mim é, é muito complicado.*



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Jerusalinsky (2011) propõe então que poderia ser buscada a realização como mãe e profissional simultaneamente. No entanto, isso consiste em mais cobranças, e sobrecarga para a mulher, o que pode levar ao pensamento equivocado de que a mulher deveria abdicar dos direitos que conquistou para se livrar das cobranças atuais: *e eu acho que a cobrança na mulher ela tá cada vez maior. Eu acho assim, que a gente tá se dando mal. Eu acho assim, que a gente é cobrada em todos os sentidos. Em todos os sentidos. (...) tu tem que ser uma mãe perfeita, teu filho tem que ser educado, tem que ser orientado, tem que ser tudo* (participante 4).

Essas dificuldades do ser mulher e do ser mãe em função da sobrecarga desses papéis ficam explícitas quando a participante 2 diz: (...) *antigamente o que a mulher era, a mulher era nada mais que mulher. Assim, ao mesmo tempo em que houve avanços na conquista de direitos para as mulheres, isso trouxe consigo também dificuldades.*

Leva-se, então, ao questionamento sobre que mulher se é e que mulher se quer ser: (...) *essa coisa da mulher moderna, afinal, quem é essa mulher moderna? A gente é essa mulher moderna que a gente acha que ela existe? Ela existe mesmo essa mulher moderna? (...) eu faço parte dessa mulher moderna? Não faço parte? Quem é essa mulher moderna? O que que ela faz na verdade? Ou o que que ela deveria fazer?* (participante 4).

O conflito de fazer pelo filho às vezes deixando o que quer para si é explícito. Também sobre ter um filho, a participante 2 coloca: *é, abdicação (...) porque assim, às vezes tu tem que colocar o ser mãe em frente a todos os outros, a ser mulher, a ser filha.*

Assim, as participantes do grupo discutiram a maternidade de um modo diferente do modo romantizado que elas entendem que geralmente se fala: (...) *pra mim é muito difícil. Então eu não consigo lidar com isso (...) o como é se transformar mãe, o que que é a maternidade propriamente dita, as pessoas não falam sobre isso (...) E nem consigo fazer com que isso seja essa maravilha que muitas pessoas falam que é* (participante 4).

Por outro lado, isso não quer dizer que ser mãe não tem nada de bom: *Agora tu dizer que é só, que não tem um lado bom também não é verdade. Se tu disser assim ó: “Ah, não tem um lado bom ser mãe”, isso não é verdade. Mas (...) as pessoas não falam do lado ruim. Elas só falam do lado bom e eu acho que reforçam muito esse lado bom* (participante 4). Mostra-se, com isso, que a reflexão teve certo ponderar acerca da experiência de ser mãe depois de pensar nas várias esferas do que se viu ser, então, multifacetado.



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

CONCLUSÕES

Levando-se em conta a movimentação realizada pelas mulheres visando estar em grupo e a possibilidade de discussão ultrapassando o espaço privado, que culmina em reflexões – como a desnaturalização do ser mãe - é possível reconhecer um processo de empoderamento no sentido da tomada de posição a respeito dos direitos reprodutivos, bem como uma perspectiva crítica para além daquilo que antes era dado como biológico ou instintual.

Ser mãe na atualidade passa a ser, portanto, visto por um número maior de mulheres como algo não inato, mas adquirido e elaborado conforme as vivências com o filho e o ambiente que os cerca favorecendo ou não a execução deste papel, tal qual a adaptação à simultaneidade de papéis hoje exercidos por esta mulher.

Poder falar no grupo das dificuldades que se encontra no ser mãe parece bastante significativo, na medida em que em outros ambientes não se costuma falar dessas dificuldades. Assim, o grupo proporciona “escancarar” o sofrimento que é silenciado pelo que a sociedade espera da mulher. Com isso, favorece-se a possibilidade das mulheres questionarem quem é a mulher moderna, quem é a mãe moderna e – mais do que isso – que mulher e que mãe querem ser.

REFERÊNCIAS

- Badinter, E. (1985) *Um amor conquistado – O mito do amor materno*. Rio de Janeiro: Nova Fronteiras.
- Corrêa, S.; Jannuzzi, P. M. & Alves, J. E. D. (2003) *Direitos e saúde sexual e reprodutiva: Marco teórico-conceitual e sistema de indicadores*. Trabalho realizado com o apoio do UNFPA-Brasil, no âmbito do Sub-programa de Saúde Sexual e Reprodutiva, Projeto “Sistema de Indicadores Municipais em Saúde Sexual e Reprodutiva”, coordenado pela ABEP e IBGE. Rio de Janeiro.



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

- Duvidovich, E. Desejo materno como inscrição no corpo infantil. In Winter, T. R.; Duvidovich (Org.). (2004) *Maternagem, uma intervenção preventiva em saúde: abordagem psicossomática*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Giffin, K. Corpo e Conhecimento na Saúde Sexual: uma visão sociológica. In Giffin, K; Costa, S. H. (Org.). (1999) *Questões da saúde reprodutiva*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ.
- Jerusalinsky, A. (2011) *Para entender a criança: chaves psicanalíticas*. São Paulo: Instituto Langage.
- Leal, I. (1990). Psicologia da Gravidez e da Maternidade – Nota de abertura. In Psicologia da Gravidez e da Maternidade – *Análise Psicológica*, 4 (VIII) : 365-367. Disponível em <http://www.isabel-leal.com/portals/1/pdfs/1990_4_365.pdf> Acesso em: 14 de maio 2012.
- Lopes, R. C. S.; Donelli, T. S.; Lima, C. M.; Piccinini, C. A. O Antes e o Depois: Expectativas e Experiências de Mães sobre o Parto. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. 2005, 18 (2), pp.247-254.
- Losada, B.L.; Rocha-Coutinho, M.L. (2007). Redefinindo o Significado da atividade profissional para as mulheres: o caso das pequenas empresárias. (V. 12, N. 3) *Psicologia em Estudo*, Maringá, p. 493-502, set./dez.
- Mansur, L.H.B. (2003). Experiências de Mulheres sem Filhos: a Mulher Singular no Plural. *Psicologia Ciência e Profissão*, 23 (4), 2-11, Disponível em< <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/pcp/v23n4/v23n4a02.pdf>>. Acesso em 14 de maio de 2012.
- Scavone, L. (2001). Maternidade: transformações na família e nas relações de gênero. (V.5, N.8) *Interface – Comunic, Saúde, Educ*, p.47-60, Disponível em <<http://www.interface.org.br/revista8/ensaio3.pdf>> Acesso em: 15 mai. 2012.
- Villela, W. (1992) *Mulher e saúde mental – Da importância do conceito de gênero na abordagem da loucura feminina*. Tese de Doutorado. Mimeo. FMUSP. São Paulo.
- Villela, W. (2000) Saúde integral e reprodutiva e sexual da mulher. Redefinindo o objeto de trabalho a partir do conceito de gênero e da conferência internacional sobre a população e desenvolvimento. In: Araujo, Maria José de Oliveira; Souza, Maria Jucinete de; Verardo, Maria Tereza; Francisquetti, Paula P S N; Moraes, Regina



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Rodrigues de; Bonciani, Rosa Dalva Faustinoni; Diniz, Simone Grilo; Villela, Wilza.
Saúde das mulheres: experiência e prática do coletivo feminista sexualidade e saúde.
São Paulo, Coletivo Feminista Sexualidade Saúde.





III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Reflexões sobre o conflito no mundo do trabalho

Daiany Saldanha da Silveira Donaduzzi ¹

Carmem Lúcia Colomé Beck ¹

Juniara Dias dos Santos ¹

Juliana Silveira Bordignon ¹

Alexa Pupiará Flores Coelho ¹

Letícia Martins Machado ¹

¹ Universidade Federal de Santa Maria (UFSM)

RESUMO

Reflexões sobre o conflito no mundo do trabalho e especialmente na atividade gerencial do enfermeiro são essenciais, uma vez que este se faz presente no cotidiano profissional e oportunizam a compreensão como acontecem às relações, o significado e a contribuição do conflito para o processo de gestão. Nesse sentido, o gerenciamento em enfermagem provoca questionamentos quanto ao papel que o enfermeiro exerce na prática diária com a presença de conflitos, particularmente nas instituições hospitalares, cenário de estudo proposto como subsídio para elaboração destas reflexões. Assim, o objetivo deste estudo é refletir sobre o conflito no gerenciamento em enfermagem. Trata-se de uma reflexão teórica, em que o embasamento do estudo pautou-se em artigos científicos completos, captados em base de dados online, utilizando como descritor “conflito (psicologia)”, sendo a leitura direcionada para o gerenciamento e enfermagem. A abordagem do conflito como dificuldade possibilita a problematização, a qual permite a troca e o movimento das ideias, processos de democratização das instituições que se acentuam na atualidade. Neste sentido, é relevante considerar que o enfermeiro também é um líder da gestão de pessoas na medida em que, direta e continuamente, interage com a equipe de trabalho. Deste modo, a responsabilidade pela administração do capital humano não é só do gestor de enfermagem, mas de cada integrante da equipe e especialmente do enfermeiro, como líder da mesma. Conclui-se que os profissionais das equipes de saúde devem estar cientes e continuamente se preparando para o enfrentamento dos conflitos que se colocam cotidianamente no



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

mundo do trabalho. Quanto ao trabalho de enfermagem é relevante que os enfermeiros entendam o gerenciamento de conflitos como inerente a sua profissão, sendo uma capacidade intensamente exigida pelas instituições e que, na sua maioria, espera que o enfermeiro seja um mediador de conflitos não só entre a própria equipe de enfermagem, mas também no contexto interdisciplinar.

Palavras-chave: Gerenciamento; Conflito; Psicologia; Enfermagem.

INTRODUÇÃO

As reflexões sobre assuntos que permeiam as relações organizacionais têm reconhecido o conflito e a gerência como temas essenciais a serem discutidos, pois “lidar com conflitos” tem sido uma constante no cotidiano dos gerentes nas mais diversas organizações. Deste modo, associar o conflito à função gerencial no contexto das organizações de saúde tem por finalidade interpretar como acontece essa relação, o significado e a contribuição do conflito para o processo de gestão.

Vários são os significados do termo conflito, e conforme o dicionário da Língua Portuguesa (Ferreira, 2010), o termo vem do latim *conflictu* e significa o embate dos que lutam, discussão acompanhada de injúrias, desavença, oposição e luta de diferentes forças. Para Cecílio (2005) conflitos são fenômenos, fatos e comportamentos, que na vida organizacional, constituem-se em ruídos e reconhecidos como tais pelos trabalhadores e gerência.

Nas décadas de 1930 e 1940, considerando o conceito de conflito nas organizações, significava algo danoso, passível de ser evitado, como uma disfunção que resultava de comunicação inapropriada, de desconfiança entre as pessoas e do insucesso dos gerentes em atender às necessidades e expectativas do pessoal sob sua responsabilidade.

Já na visão interacionista da década de 1970, há o encorajamento no sentido de que as organizações fomentassem o conflito como uma forma de crescimento, sendo que Robbins (2007) entende que alguns conflitos sustentam os objetivos do grupo e melhoram seu desempenho, caracterizando os chamados conflitos funcionais ou formas construtivas de conflito. De forma antagônica, existem conflitos que dificultam o desempenho do grupo, as chamadas formas destrutivas ou disfuncionais de conflito.



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

No que tange à enfermagem, as discussões sobre conflito e os elementos característicos desse universo, bem como a possibilidade de vê-lo como fator de mudança, teve início na década de 1980, momento em que, considerando o contexto organizacional, a atuação do enfermeiro deslocou-se da área operacional para a área estratégica, passando a fazer parte do cotidiano destes profissionais (Brito *et al*, 2004).

Assim, segundo Guerra (2008), o fato de o enfermeiro ter suas relações, na maioria das vezes, direta com os agentes que se movem no âmbito hospitalar, faz com que ele sofra direta ou indiretamente efeitos de situações indesejáveis e de difícil controle, caracterizando o conflito.

O enfermeiro, enquanto gerente exerce a função de coordenação da assistência tendo como prerrogativa diversas atividades, dentre as quais se destacam a supervisão da equipe e a resolução de conflitos. Por serem consideradas atividades complexas, permeadas de tensão trazem em seu bojo representações sociais e institucionais, que por si só, são desencadeadoras de conflito.

Nesse sentido, o gerenciamento em enfermagem provoca questionamentos quanto ao papel que o enfermeiro exerce na prática diária com a presença de conflitos, particularmente nas instituições hospitalares, cenário de estudo proposto como subsídio para elaboração deste estudo.

Assim, tem-se por objetivo deste estudo, refletir sobre o conflito no gerenciamento em enfermagem.

MÉTODO

Trata-se de uma reflexão teórica, em que o embasamento teórico do estudo pautou-se na análise de artigos científicos completos, captados em Biblioteca Virtual em Saúde, na base de dados LILACS - Literatura Científica e Técnica da América Latina e Caribe. A busca foi realizada no mês de abril de 2012 utilizando como palavra “conflito e enfermagem”, o que resultou em 80 artigos. Como critérios de inclusão, foram selecionados aqueles artigos que estivessem de acordo com a temática do gerenciamento em enfermagem, sendo excluídos 09 artigos que não disponibilizavam o texto na íntegra, artigos em inglês e espanhol e teses. Tendo em vista o número restrito de materiais com foco nesta temática, foram selecionadas dissertações de mestrado, disponíveis na base de



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

dados LILACS, utilizando como palavra “conflito e enfermagem”. Logo, foram selecionados pelo título e resumo 13 artigos, os quais foram utilizados nesse estudo. Foram selecionadas 04 Dissertações de Mestrado. Como critérios de inclusão: Mestrado em Enfermagem e na área de gerenciamento.

Reflexões sobre o conflito no trabalho

Segundo Guerra *et al.* (2011), os conflitos relacionam-se às inquietações que fazem parte da natureza do homem, dentre elas a defesa dos seus propósitos, o qual, para alcançá-los, se utiliza de mecanismos que possibilitam o controle do ambiente físico e das relações que o envolvem. Na maioria das vezes, o conflito, tanto na vida dos indivíduos como nos sistemas familiar, social, político e organizacional é considerado fator favorável a mudanças institucionais, sendo importante para a não estagnação da sociedade. Entretanto, para alguns estudiosos o conflito é tratado como vilão, ou seja uma situação a ser evitada a qualquer custo.

Robbins (2007, p. 327) ressalta o fato de que “embora as pesquisas recentes reflitam a ideia de que a redução dos conflitos resulta em melhor desempenho, muitos profissionais identificam as situações de conflito utilizando o conceito de desavença, oposição”, relacionado à disfunção resultante de comunicação inapropriada, de desconfiança entre as pessoas e do insucesso dos gerentes em atender as expectativas e necessidades de seus subordinados, considerada como visão tradicional do conflito.

O advento da implantação dos cursos de pós-graduação em enfermagem no Brasil, fomentadores da pesquisa, possibilitaram o desenvolvimento de estudos investigativos de natureza científica, por meio das quais os enfermeiros buscam esclarecer suas inquietações, inclusive no que se refere à temática do conflito nas organizações (Angerami, 1993).

Atualmente, o conflito pode ser compreendido como normal e esperado nos grupos e organizações, e o enfermeiro como mediador da equipe de saúde/enfermagem, também enfrenta no cotidiano do trabalho várias situações conflituosas, no qual faz uso de diversas estratégias para lidar com essas situações. Entretanto, esse profissional, muitas vezes apresenta dificuldades em lidar com o conflito organizacional, de forma coletiva, ou seja, promovendo espaços para que os profissionais, principalmente, da enfermagem tenham oportunidade de analisar seus conflitos conjuntamente (Guerra, 2008).



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Nessa perspectiva, concorda-se com a autora supracitada, quando diz que o enfermeiro, como líder da equipe de enfermagem, necessita ter subsídios teóricos e vivências práticas para gerenciar as relações interpessoais. Como gerente da assistência de enfermagem, deve ser capaz de identificar, analisar e conduzir os conflitos no trabalho, de forma individual e coletiva, sem que estes interfiram no serviço prestado.

Em uma multiplicidade de situações o enfermeiro expressa a relevância crescente do seu papel como mediador de conflitos dentro das organizações de saúde, quais sejam: conflitos relacionados ao ensino, à equipe de assistência, à comunidade usuária, ao exercício da gerência, às relações entre o enfermeiro e o médico, às relações de poder verticalizadas na enfermagem; e a elementos como falta de diálogo, disputa de papéis, escassez de recursos, falta de compromisso profissional, desvalorização profissional, dentre outros.

Os conflitos organizacionais, segundo Guerra (2006) têm caráter positivo, quando são utilizados como fatores desencadeantes de mudanças pessoais, grupais e organizacionais, qas quais podem impulsionar o crescimento pessoal, a inovação e a produtividade. Entretanto, esses podem tornar-se prejudiciais à organização, se não forem conduzidos corretamente, interferindo de forma negativa na motivação dos trabalhadores.

Neste contexto, Robins (2007), classifica em 3 tipos de conflitos: conflito de tarefa- aquele que está relacionado ao complexo de regras ou normas e aos objetivos da atividade laboral; conflito de relacionamento – refere-se às condições das relações interpessoais; conflito de processo – relaciona-se à maneira como a atividade laboral é executada.

Os estudos sobre o tema revelam que um nível de conflito baixo a moderado, tem efeito positivo no desempenho do grupo por estimular o debate de ideias, o que anima o trabalho em equipe, demonstrando, assim, a sua funcionalidade. Os conflitos de relacionamentos são, na maioria das vezes, disfuncionais por evidenciarem as desavenças próprias desse fenômeno, particularidades que intensificam os melindres de personalidades e reduz a compreensão entre as partes, o que atrapalha ou impede a execução das tarefas organizacionais. Em relação ao conflito de processo, esse é considerado funcional, quando em níveis reduzidos, entretanto pode tornar-se disfuncional circunstancialmente, como por exemplo, quando há uma discussão intensa sobre o papel de cada um na execução (Robbins, 2007).



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Segundo Marta *et al.* (2010), os conflitos são inevitáveis consequências das interações entre as pessoas e que, dependente da sua intensidade e da maneira como forem tratados, podem ser benéficos ao ambiente de trabalho. A resolução dos conflitos deve considerar a origem dos mesmos, sendo estes solucionados diretamente pelos envolvidos e o gerente agirá se necessário, como facilitador nesse processo.

O gerente deve sempre considerar fatos objetivos e concretos e não deve utilizar decisões individuais. O profissional responsável pela gerência do processo deve fazer uso de formas de administrar os conflitos e possuir habilidades baseadas para gerenciar a negociação. As diferentes formas de administrar os conflitos são: Acomodação; Dominação; Barganha / compromisso; Solução integrativa de problemas. No entanto, o gerenciamento de conflitos deve ser feito por um profissional capaz e com habilidades básicas em negociação: Pro atividade; não aceitação das coisas como elas são, sem antes perguntar por que elas não poderiam ser feitas melhores; trabalhar o medo da perda e do ataque que surge diante do enfrentamento de situações desconhecidas; quebrar resistências e acreditar que é possível aprender a negociar. Além disso, os profissionais gestores necessitam ter o conhecimento de que existem alguns estilos de negociação e que eles estão diretamente relacionados à ética presente em cada situação (Marta et al., 2010).

Desta maneira, percebe-se que é fundamental, compreender como se dá o conflito nas relações interpessoais e qual é a magnitude no que se refere ao exercício da gerência, bem como reconhecer os conflitos mais frequentes e as estratégias que devem ser usadas para resolvê-los.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Segundo a ABEN (2005), o campo hospitalar é o ambiente em que se concentra o maior número de estudos sobre a temática do conflito. Vale ressaltar que os conflitos acontecem em qualquer organização de saúde, seja pública ou privada, na área hospitalar ou na atenção básica, uma vez que segundo Merhy (2002), as diferenças são parte das tensões constitutivas de toda e qualquer organização e explicam, em boa medida, os conflitos que invadem as agendas dos seus gerentes.

Essa tendência se confirma nos estudos de Guerra (2008), quando evidencia a predominância do cenário hospitalar como foco das investigações relativo à gerência dos



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

conflitos, por parte dos enfermeiros. Assim sendo, 07 dos 09 trabalhos analisados, explicitaram no resumo que a pesquisa foi desenvolvida no universo hospitalar, confirmando a influência na prática de enfermagem no Brasil da concepção de saúde a partir do modelo biomédico, hospitalocêntrico.

Segundo Souza (2001); Lima (2002) e Agostini (2005), o movimento inicial rumo ao amadurecimento do pensamento científico da enfermagem na abordagem de temas como o conflito no exercício da gerência já foi desencadeado. Por outro lado, conforme Spanol (2010), apesar da mudança de paradigma proposta pelas teorias contemporâneas da administração, as quais estão pautadas na organização do trabalho em equipe, redução das linhas hierárquicas e intensa comunicação horizontal, observa-se que na maioria das instituições, a enfermagem ainda reproduz nas suas relações, a herança do estilo da gerência clássica, e consequentemente a ideia tradicional de conflito, como algo ruim, danoso, aquilo que deve ser evitado.

Dessa forma, Robbins (2007), refere à importância do ponto de vista mais avançado sobre o fenômeno permitindo associá-lo à visão interacionista, a qual encoraja os líderes a manterem um nível mínimo de conflito como fator predisponente da mudança.

Assim, o conflito é inerente a todos os processos de trabalho e como não poderia ser diferente, do trabalho em saúde. Este último é um mundo próprio, complexo, diverso, criativo, dinâmico em que cotidianamente é construído através das relações entre trabalhadores e usuários, constituindo-se de encontros entre diversos sujeitos.

As equipes vivem imersas no mundo contemporâneo em meio a relações de poder, de afeto, de trabalho, de gênero, relações sociais, históricas, culturais que geram pensamentos, sentimentos, modos de agir e desejos. Deste modo, as relações de poder e as disputas no interior das equipes são históricas a exemplo da Medicina e Enfermagem, que possuem objetos emaranhados. Nas equipes, são pessoas com formações, saberes, práticas e histórias diferentes que se encontram e desencontram para produzir o cuidado de pessoas com necessidades de saúde, gerenciar serviços e sistemas de saúde e formular projetos de promoção de vida (BRASIL, 2005).

Nesse sentido, retoma-se a reflexão acerca dos conflitos no mundo do trabalho de enfermagem sob o entendimento de que os profissionais desenvolvem suas atividades estando inseridos em uma equipe, sendo ela um espaço de relações tensas e conflituosas. A organização do trabalho baseada na formação de equipes é uma forma democrática,



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

produtiva e humanizada de se efetuar o trabalho em saúde, no qual compartilhar as responsabilidades é um método eficaz no controle de conflitos. Isto salienta que os enfermeiros devem estar sempre atentos aos aspectos gerenciais de sua profissão.

Assim, a abordagem do conflito como problema possibilita a problematização, a qual permite a troca e o movimento das idéias, compreensão e decisões. Assim a potencia da equipe se dá no crescimento coletivo, embora o movimento habitual seja de exclusão. A possibilidade de expressar as diferentes idéias e sentimentos são processos de democratização das instituições. Neste sentido, é relevante lembrar que o enfermeiro também é um líder da gestão de pessoas na medida em que, direta e continuamente, interage com a equipe de trabalho. Deste modo, a responsabilidade pela administração do capital humano não é só do gestor de enfermagem, mas de cada enfermeiro, como líder. Entretanto, habilidade de liderança, conhecimento e atitude são características essenciais à mudança de gestão, independentemente da área de atuação (BRASIL, 2005; Marta *et al.*, 2010).

CONCLUSÃO

A partir destas considerações, entende-se que os profissionais das equipes de saúde devem estar cientes e continuamente se preparando para o enfrentamento dos conflitos que se colocam diariamente no mundo do trabalho. Quanto ao trabalho de enfermagem é relevante que os enfermeiros entendam o gerenciamento de conflitos como inerente a sua profissão, sendo uma capacidade intensamente exigida pelas instituições que na sua maioria, esperam que o enfermeiro seja um mediador de conflitos não só entre a própria equipe de enfermagem, mas também no contexto interdisciplinar.

REFERÊNCIAS

- ABEN. (2005). Centro de estudos e pesquisas em Enfermagem. *Catálogo de informações sobre pesquisas e pesquisadores em Enfermagem*. Brasília – DF. 1CD ROM.
- Agostini, R. (2005). *O conflito como fenômeno organizacional: identificação e abordagem na equipe de enfermagem de um hospital público*. Dissertação de mestrado, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brasil.



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

- Angerami, E. L. S. (1993). O mister da investigação do enfermeiro. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 1(1), 11-22. Recuperado em 17 de maio, 2012, de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411691993000100003&lng=en&tlng=pt.
- BRASIL (2005). Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Curso de formação de facilitadores de educação permanente em saúde: unidade de aprendizagem-trabalho e relações na produção do cuidado em saúde*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 104p.
- Brito, M. J. M *et al.* (2004). Interfaces das mudanças hospitalares na ótica da enfermeira gerente. *ERA*. V.44 N° especial, p.34-47. Recuperado em 02 de maio, 2012, de http://era.fgv.br/sites/era.fgv.br/files/artigos/10.1590_S00347590200400000000.pdf
- Cecílio, L. C. O (org). (2005). É possível trabalhar o conflito como matéria-prima da gestão em saúde? *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 21 (2): 508-516, mar-abr.
- Ferreira, A. B. O. (2010). *Minidicionário da língua portuguesa*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- Guerra, S. T. O. (2008). *O conflito no exercício gerencial do enfermeiro no contexto hospitalar*. Dissertação de mestrado, Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, RS, Brasil.
- Guerra, S. T. *et al* (2011). O conflito no exercício gerencial do enfermeiro no âmbito hospitalar. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 19(2), 362-369. Recuperado em 17 de maio, 2012, de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692011000200019&lng=en&tlng=pt.
- Lima, F. R. F. (2002). *Planejamento no contexto da prática da enfermeira: um repensar profissional*. Dissertação de mestrado, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil.
- Marta, C. B. *et al.* (2010). Gestão de conflitos: competência gerencial do enfermeiro. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*. V.2. (Ed. Supl.): 604-608.
- Merhy, E. E. (2002). *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Editora Hucitec.
- Robbins, S. (2007). *Comportamento organizacional*. São Paulo: Perason Prentice Hall.



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

- Souza, F. M. (2011). *A gerência de enfermagem no centro cirúrgico: um processo em busca de mudanças*. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil.
- Spagnol, C. A *et. al.* (2010). Situações de conflito vivenciadas no contexto hospitalar: a visão dos auxiliares e técnicos de enfermagem. *Rev.Esc.Enferm.USP*:44(3):803-81. Recuperado em 5 de maio, 2012, de <http://www.scielo.br/pdf/recusp/v44n3/36.pdf>.





III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Reflexões teóricas sobre a maternidade de um filho com deficiência

Pâmela Kurtz Cezar ¹

Luciane Najar Smeha ¹

¹ Centro Universitário Franciscano (UNIFRA)

RESUMO

Este trabalho consiste em uma revisão bibliográfica e objetiva refletir acerca da experiência da maternidade diante de um filho com deficiência. Para isso, faz-se uma revisão teórica dos significados da maternidade na vida da mulher, passando pela gravidez até chegar ao nascimento da criança e, por fim, ao momento da percepção e confirmação da deficiência do filho. Os resultados apontam que, quando esse filho apresenta alguma deficiência, a mãe precisa elaborar o luto pelo filho ideal e dar lugar ao filho real, para que seja possível exercer a maternidade de forma saudável. Para tanto, o suporte social se apresenta como necessário para auxiliar a mulher nessa nova etapa. Conclui-se que a maternidade é uma experiência desafiadora quando se tem um filho com deficiência e, por isso, a rede de apoio precisa ser ampliada por meio da efetivação de Políticas Públicas que contemplem não apenas intervenções com a pessoa que possui a deficiência, mas com a família.

Palavras-chave: Maternidade; Filho ideal; Deficiência.

INTRODUÇÃO

A maternidade é um fenômeno que abrange diversas significações. Para entender a complexidade deste processo, é preciso percorrer questões históricas, culturais e psicológicas. No entanto, é necessário compreender a singularidade de cada experiência, considerando não apenas o contexto no qual a mulher está inserida, mas sua história pessoal (Correia, 1998). Uma vez que a maternidade é uma vivência única para as mulheres, esta experiência desperta significativas mudanças em suas vidas, que ocorrem



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

antes mesmo do momento da gravidez e continuam após o nascimento do filho. Este período é perpassado por sonhos, expectativas, fantasias e preocupações, ou seja, uma fase caracterizada pela ambivalência de sensações e sentimentos (De Felice, 2000; Soifer, 1992). O filho, durante a gravidez, é ainda um ser desconhecido para a mãe, e por isso é um ser imaginário e idealizado, tornando-se um objeto de investimento não só físico como também psíquico. Após o nascimento, o filho idealizado torna-se real, e mais uma vez a mulher se encontra perante sentimentos contraditórios (De Felice, 2000; Maldonado, 2002; Soifer, 1992).

Os pais esperam pela criança perfeita, saudável e inteligente, porque encontram no filho a possibilidade de concretizar seus ideais e efetivar os sonhos que eles não conseguiram realizar. Quando o filho possui alguma deficiência, estes sonhos e fantasias se encontram no limite do improvável. Em decorrência disso, o ideal narcísico destes pais se fragiliza, já que o filho ideal, que lhes proporcionaria alegrias, não nasceu (Jerusalinsky, 2007; Meira, 1996).

OBJETIVO

Refletir sobre a experiência da maternidade de um filho com deficiência por meio da realização de uma revisão bibliográfica.

METODOLOGIA

O trabalho consiste em uma Revisão Bibliográfica que, segundo Furasté (2008), refere-se à consulta e ao estudo de produções teóricas sobre certo assunto, neste caso, a experiência da maternidade de um filho com deficiência. Para isso, faz-se uma revisão teórica, consultando-se livros e artigos científicos que abordam desde os significados da maternidade na vida da mulher, passando pela gravidez até chegar ao nascimento da criança e, por fim, ao momento da percepção e confirmação da deficiência do filho. Ressalta-se ainda que este estudo é um recorte teórico de uma pesquisa qualitativa acerca da vivência da maternidade de mães que possuem filhos com diagnóstico de autismo realizada no período de março à dezembro de 2008. No entanto será abordada, neste



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

trabalho, a temática da maternidade no contexto da deficiência em seu aspecto amplo, sem focar um diagnóstico específico.

DESENVOLVIMENTO, RESULTADOS E DISCUSSÕES

É o desejo e a disposição para maternar que permitem à mulher conseguir suportar as grandes ansiedades que permeiam o período da gestação, a fim de percorrer o percurso da maternidade (Soifer, 1992). Existe nesse processo um esforço por parte da gestante para se adaptar a essa nova realidade, que envolve novas tarefas, responsabilidades e descobertas (Maldonado, 2002). Nesse sentido, a vivência da maternidade aponta para uma nova fase na vida da mulher. A gravidez e a possibilidade de ter um filho promovem significativas mudanças na rotina atual da futura mãe, despertando, com isso, outros sentimentos, fantasias e expectativas. Sendo assim, o momento da gravidez pode ser compreendido também como um período de crise, pois caracteriza uma transição, natural no processo de desenvolvimento, que origina tanto mudanças de identidade como definições de novos papéis. A grávida, além de já ser filha e mulher, passará também a ser mãe (De Felice, 2000).

No decorrer da gestação, a futura mãe vai formando uma imagem ideal de seu filho. Essas fantasias de um bebê bonito e saudável servem de auxílio para a mulher prosseguir na gravidez (Soifer, 1992). O desejo de ter um filho perfeito é um refúgio frente às ansiedades despertadas nesse período. Estas fantasias ocorrem devido ao desconhecimento sobre as características tanto físicas quanto psíquicas da criança. Por isso, surgem muitas expectativas e sonhos em torno do filho ideal (De Felice, 2000), pois ter um filho significa, para a mulher, repetir e reviver sua própria infância. Com o nascimento da criança, existe a possibilidade de reparar o que ficou em falta e realizar os sonhos perdidos (Mannoni, 1999).

Os primeiros contatos com o filho despertam sentimentos contraditórios na mulher. Já no momento do nascimento há a possibilidade de decepções, causadas pelo contato com o bebê, pois existe uma distância entre o filho ideal e o filho real. E por isso é que muitas vezes a nova mãe sente-se assustada e confusa frente à maternidade (Maldonado, 2002). Diante disso, o apoio familiar torna-se necessário, pois ajuda a mulher a se reorganizar e se readaptar, fazendo com que ela se sinta mais segura frente à maternidade. O apoio técnico



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

também se apresenta como auxílio para a mulher na sua vivência da maternidade. A ajuda recebida dos profissionais atua como suporte, orientando e fornecendo instruções à nova mãe, sanando aos poucos suas dúvidas e incertezas (Soifer, 1992).

No entanto, se deparar com a deficiência do filho, em qualquer que seja a família, é sempre um encontro com o desconhecido. Enfrentar esta nova e inesperada realidade causa sofrimento, confusão, frustrações e medo (Buscaglia, 2006). E, conforme Núñez (2007), a confirmação do diagnóstico de que o filho possui alguma deficiência pode ocorrer em várias etapas. Durante a gestação, no nascimento, nos primeiros anos de vida ou em qualquer outra fase do desenvolvimento. Mas, independentemente do momento, esta confirmação sempre acarretará uma crise familiar, pois será preciso reorganizar a rotina diária para se adequar a esta nova realidade. Existe ainda a ruptura de projetos e expectativas em relação ao futuro da criança, pois, devido as suas limitações, ela não irá atingir completamente os ideais familiares.

Frente às incertezas em relação ao desenvolvimento do filho Klaus, Kennel e Klaus (2000) descrevem as reações parentais frente ao filho que apresenta limitações sérias. A primeira sensação é o choque. Nesta fase os pais sentem muita angústia, vontade de chorar e até mesmo sentimentos de desamparo. Após, vem a etapa da descrença, na qual os pais tentam negar as limitações do filho, questionando a todo o momento o diagnóstico da criança. Surge depois a fase da tristeza, raiva e ansiedade, seguidas da etapa de equilíbrio, onde acontece um ajustamento à nova situação, devido à maior adaptação dos sentimentos parentais e, por fim, a fase da reorganização, na qual acontece a aceitação da condição do filho por um viés positivo.

Por conseguinte, a certeza do diagnóstico do filho é sentido como um processo de luto, porque os pais se deparam com a confirmação da perda da criança perfeita que esperavam. Com isso, podem surgir sentimentos como desilusão e desesperança (Sprovieri, 1998). Dessa forma, Jerusalinsky (2007) afirma que, quando o filho, em decorrência de suas limitações, não corresponde às expectativas da mãe, pode acontecer de ela não conseguir atender as necessidades da criança. Conseqüentemente, o vínculo entre elas é afetado e o desenvolvimento deste filho fica comprometido.

Os sentimentos mais comuns em mães que possuem filhos com alguma deficiência são ansiedade, desilusão, preocupação, tristeza, incerteza, inconformismo e culpa. E, quanto maior for a distância entre o filho real e o filho ideal, maior será o esforço psíquico



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

que os pais precisarão fazer para aceitar essa situação (Núñez, 2007; Welter, Cetolin, Trzcinski et al., 2008). Para conseguir exercer a função materna, a mulher precisará fazer o luto do filho ideal e se adaptar às características e limitações do filho real, buscando, com isso, novas formas de cuidado com a criança (Núñez, 2007; Buscaglia, 2006; Klaus, Kennel & Klaus, 2000).

Sabe-se que historicamente é a mulher que assume o papel de cuidadora dos filhos. Esta responsabilidade é ampliada quando a criança apresenta uma condição limitante. Devido a isso, muitas mães deixam de lado as atividades que realizavam anteriormente, como trabalho e outros projetos, para se dedicar exclusivamente aos cuidados maternos (Welter, Cetolin, Trzcinski et al., 2008; Bosa, 2006). Diante disso, Núñez (2007) afirma que a mãe dedica todo seu tempo e sua energia para cuidar do filho, sacrificando-se enquanto mulher e esposa.

Entende-se, então, que a vivência maternidade de mães cujo filho apresenta limitações significativas em seu desenvolvimento é uma experiência desafiadora e mais árdua do que a das mães em que os filhos não se encontram em tal situação (Castro & Piccinini, 2004). A sobrecarga de cuidados com o filho que apresenta deficiência e as modificações na vida diária dela decorrentes fazem com que a mãe precise da ajuda de outras pessoas para conseguir enfrentar as dificuldades inerentes a esta situação. Conforme Sluzki (1997), a rede social se caracteriza por relações significativas que o sujeito estabelece com outras pessoas ou instituições. Por meio deste suporte social, é possível receber apoio emocional, cognitivo e até mesmo financeiro. As redes sociais, como a família ampliada, a comunidade, a escola e a equipe de profissionais, são fontes de auxílio e informação frente às adversidades sentidas pelos pais em decorrência situação limitante do filho (Núñez, 2007; Ribas & Moura, 2003; Castro & Piccinini, 2002). Portanto, os membros da família ou da sociedade que fornecem apoio para a mãe ajudam tanto no sentido prático, como atuando para estimular e encorajar o exercício da maternidade, reduzindo muitas vezes o nível de estresse e preocupações (Ribas & Moura, 2003).

Por conseguinte, é possível afirmar que existem similaridades no que refere-se à experiência da maternidade de mulheres que tem um filho com alguma deficiência. Independentemente do grau de comprometimento que há no bebê, estas mães precisam elaborar o luto da criança idealizada e dar lugar à criança real, com suas limitações, assim como, é preciso adequar-se a esta nova realidade, que exige maiores responsabilidades e



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

tempo para se dedicar aos cuidados maternos. No entanto, não é possível generalizar tal experiência, uma vez que existem particularidades de cada situação e a singularidade de cada mãe em relação ao filho (Castro & Piccinini, 2004).

CONCLUSÃO

Conclui-se, após esta revisão teórica, que exercer a maternidade de uma criança que apresenta algum comprometimento sério é uma experiência complexa e desafiadora. Mesmo existindo o apoio de inúmeros profissionais e outros familiares, é sobre os pais que recaem as maiores responsabilidades. Por isso, salienta-se a importância da família como rede de apoio às mães. As relações familiares podem fornecer segurança e amparo para as mulheres, facilitando o processo de elaboração do luto inicial pelo filho idealizado e a adaptação necessária diante das novas exigências de cuidado.

No entanto, ressalta-se que a rede de apoio precisa ser ampliada e, por isso, há necessidade de garantir a efetivação de Políticas Públicas que contemplem não apenas intervenções com a pessoa que possui a deficiência, mas também intervenções direcionadas à família. É preciso proporcionar a estas mães espaços onde elas possam ser escutadas e compartilhar experiências e sentimentos. Por fim entende-se que a Psicologia da saúde pode contribuir neste sentido e proporcionar ações de promoção e prevenção da saúde às mulheres e famílias, para que assim seja possível exercer efetivamente a maternidade e proporcionar ao filho com deficiência uma melhor qualidade de vida. Uma vez que esta área de conhecimento traz a importância de compreender o sujeito na perspectiva biopsicossocial, ou seja, trabalhar com intervenções que não priorizem apenas a doença/deficiência.

REFERÊNCIAS

- Bosa, C. A. (2006). *Autismo: intervenções psicoeducacionais*. Recuperado em 28 Março, 2008, de http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-44462006000500007&script=sci_arttext.
- Buscaglia, L. (2006). *Os deficientes e seus pais: um desafio ao aconselhamento*. (5ª ed.). Rio de Janeiro: Record.



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

- Castro, E. K., & Piccinini, C. A. (2002). Implicações da doença orgânica crônica na infância para as relações familiares: algumas questões teóricas. *Psicologia: reflexão e crítica*, 15(3), 625-635.
- Castro, E. K., & Piccinini, C. A. (2004). *A experiência de maternidade de mães de crianças com e sem doença crônica no segundo ano de vida*. Recuperado em 05 Outubro, 2008, de <http://biblioteca.universia.net/ficha.do?id=896937>.
- Correia, M. J.(1998). *Sobre a maternidade*. Recuperado em 14 Outubro, 2008, de <http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?pid=S0870-82311998000300002escript=sci>.
- De Felice, E. M.(2000). *A Psicodinâmica do puerpério*. São Paulo: Vetor.
- Furastè, P. A.(2008). *Normas Técnicas para o Trabalho Científico: elaboração e formatação - com explicitação das normas da ABNT*. (14ª ed.). Porto Alegre.
- Jerusalinsky, A. (2007). *Psicanálise e desenvolvimento infantil*. (4ª ed.). Porto Alegre: Artes e Ofícios.
- Klaus, M. H.; Kennel, J. H.& Klaus, P. H. (2000). *Vínculo: construindo as bases para um apego seguro e para a independência*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Maldonado, M. T. (2002). *Psicologia da gravidez: parto e puerpério*. (16ª ed.). São Paulo: Saraiva.
- Mannoni, M.(1999). *A criança retardada e a mãe*. (5ª ed.). São Paulo: Martins Fontes.
- Meira, A. M. G. (1996). Quando o ideal falha. In: *Escritos da criança*. Centro Lydia Coriat Porto Alegre, (4), 67-69.
- Núñez, B. A. (2007). *Familia y discapacidad: de la vida cotidiana a la teoría*. Buenos Aires: Lugar.
- Ribas, A. F. P. & Moura, M. L. S.(2003). Responsividade materna: levantamento bibliográfico e discussão conceitual. *Psicologia Reflexão e Crítica*, , 16(1), 137-145.
- Sluzki, C. (1997). *A rede social na prática sistêmica: alternativas terapêuticas*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Soifer, R. (1992). *Psicologia da gravidez, parto e puerpério*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Sprovieri, M. H. S. (1998). *Estresse, alexitimia e dinâmica familiar do paciente autista: um estudo comparativo*. Recuperado em 11 Outubro, 2008, de http://www.psiquiatriainfantil.com.br/teses/maria_helena_sprovieri/.



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Welter, I.; Cetolin, S. & Trzcinski, C. (2008). Gênero, maternidade e deficiência: representação da diversidade. *Revista Textos e Contextos*, 7(1), 98 – 119.





III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Relação pai/mãe-bebê: proporcionando um espaço de escuta e acolhimento

Elenara Farias Lazzarotto Da Costa ¹

Fernanda Real Dotto ¹

¹ Centro Universitário Franciscano (UNIFRA)

RESUMO

O presente trabalho trata-se de um relato de experiência surgido a partir do Estágio Curricular do Curso de Psicologia/UNIFRA. O Estágio foi realizado em uma Maternidade, de um hospital municipal na cidade de Santa Maria/RS, no período de agosto a dezembro de 2011. O hospital atende pessoas da cidade de Santa Maria e região. Esse trabalho tem por objetivo apresentar uma das atividades desenvolvidas em estágio, onde se buscou proporcionar às mães e aos pais um espaço suficientemente bom de escuta e acolhimento para dar o suporte emocional, e colaborando para a relação entre pai/mãe-bebê no período pós-parto. A partir do trabalho desenvolvido na maternidade, percebeu-se que a psicologia pode contribuir na atenção destinada não só às mães no período pré-parto, parto e pós-parto, mas também na atenção aos pais, fortalecendo assim o vínculo pai/mãe-bebê, bem como criando um espaço de escuta e acolhimento às angústias vivenciadas pela mãe e pelo pai, naquele momento que tem um significado tão importante.

Palavras-chave: maternidade; relação pai/mãe-bebê; acolhimento; período pós-parto.

INTRODUÇÃO

A experiência da gravidez sofre influência de toda a vida da mulher, anterior à concepção do bebê. As experiências com seus pais, vivências do triângulo edipiano, adaptação à separação de seus pais e demais experiências infantis irão influenciar na vivência da gestação. As necessidades que não foram satisfeitas na infância e na adolescência também contribuirão para o desejo de ser mãe. Os motivos narcisistas alimentam o desejo de ser mãe, pois a mulher tem o desejo de conservar uma imagem



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

idealizada de si mesma, como um ser completo e onipotente. O narcisismo vai se expressar por meio de fantasias, sendo as fantasias de ser completo e onipotente (BRAZELTON & CRAMER, 1992).

Conforme o mesmo autor, o desejo da mulher gerar uma criança é uma esperança de autoduplicação, mantendo uma noção de imortalidade: a criança será a continuação da existência da mãe. Essa imagem especular também abarca os ideais e a tradição familiar: a criança tem a promessa da continuidade, uma personificação dos valores. A criança será portadora do nome da família ou recebe o nome de um ancestral famoso. “Os pais imaginam que a futura criança terá sucesso em todos os campos em que eles mesmos fracassaram” (BRAZELTON & CRAMER, 1992, p.15).

Considerando tais aspectos, esse trabalho tem por objetivo apresentar uma das atividades desenvolvidas em estágio curricular na maternidade de um hospital municipal, onde se buscou proporcionar às mães e aos pais um espaço suficientemente bom de escuta e acolhimento para dar o suporte emocional, e colaborando para a relação entre pai/mãe-bebê no período pós-parto.

DESENVOLVIMENTO

1. Da gestação ao nascimento

A gravidez é um acontecimento único na vida da mulher, no qual ocorrem alterações metabólicas e hormonais, que vão influenciar no comportamento e nos sentimentos da mulher. Qualquer pessoa percebe quando uma mulher está grávida pela sua barriga desproporcionalmente grande, mas observadores mais atentos percebem também alterações no seu pensar e agir (EIZIRIK, 2001).

Conforme o mesmo autor, no início da gravidez pode surgir, para algumas mulheres, o sentimento de finalmente ter se tornado “mulher”, e não é mais uma menina. Poder gerar um filho é muito valorizado pela nossa cultura, portanto, a fertilidade tende a aumentar a autoestima, o respeito e a atenção da família e da sociedade em relação à mulher.



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

A função parental precisa de apoio e esta não é apenas uma questão de família, mas envolve parceiros e até instituições. O grau de aceitação da gravidez pelo o ambiente social influencia significativamente na experiência da mulher (GUTFREIND, 2010).

A mulher encontra-se num estado no qual não consegue ter claro o status do bebê, pois ele existe e cresce, se projetando e desenvolvendo no corpo da mulher e nas suas representações mentais, mas ao mesmo tempo não faz parte de sua realidade visual. A única forma de representar o bebê que espera é justamente trazer à tona a lembrança da criança que foi e sua relação com seus pais infantis, ou seja, reviver os seus próprios conflitos ligados a questionamentos enquanto sua posição enquanto filhos. Essa espécie de regressão episódica é normal e esperada nessa etapa da vida da mulher (MORO, 2005).

Espera-se que as mães passem pela gravidez com um relacionamento próximo e afetivo com o recém-nascido, isso ocorre com mães psicologicamente saudáveis, que atravessam a gestação superando as ansiedades e fantasias. A confirmação da gravidez por mais que seja planejada causa certa ansiedade (EIZIRIK, 2001).

A elaboração psíquica não são necessariamente entendidas de modo racional. Pelo contrário, são percebidas apenas como um desconforto, um certo nervosismo. Os tremores presentes durante toda a gestação mobilizam defesas importantes, como negações, somatizações e reações maníacas. É necessário enfatizar que as manifestações psicossomáticas costumam ser reduzidas se a gestante for devidamente esclarecida a respeito dos eventos aos quais está sujeita em decorrência da gravidez, de modo que um apoio psicológico e afetivo pode trazer ganhos significativos (EIZIRIK, 2001, p. 31).

Além disso, a gestação gera nos pais sentimentos ambivalentes, ao mesmo tempo em que sentem-se férteis, ficam também angustiados pelas alterações nas suas vidas, já que é uma nova fase para ambos. A importância do profissional de saúde é fazer com que os pais percebam que essa ambivalência é natural, fazendo com que a angústia e a ansiedade não aumentem (EIZIRIK, 2001).

Segundo Eizirik (2001), nos primeiros meses de gestação a mulher enfrenta inúmeras alterações no seu corpo. Sua aparência ficará alterada, pois aparecerão varizes, seios aumentados e uma barrigada incômoda. Gera a preocupação de ser rejeitada pelo companheiro, já que percebe que o seu corpo não está tão atraente. Os temores ficam mais



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

intensos quando o número de relações sexuais diminui após o início da gestação. Recomenda-se, dentro do possível, a manter as relações sexuais até no último mês da gestação, pois promove o alívio da ansiedade do casal, e confirma o sentimento que se amam.

Conforme o mesmo autor, a gravidez e o posterior nascimento do primeiro filho vão provocar mudanças no relacionamento do casal, gerando redefinições nos papéis familiares. Existem casais que não estão maduros o suficiente para lidarem com essas modificações, precisando assim de assistência. A mulher que já tem filhos, os mesmos percebem a gravidez antes da mãe e sentem seu espaço sendo ameaçado. Sugere-se assim que seja comunicado aos filhos, a fim de que eles compreendam. Podem ocorrer manifestações de intolerância e comportamentos regressivos, expressados por agressões a barriga da mãe ou por atitudes infantis que não coincide com a idade.

Logo, “a gestação a termo representa o triunfo do instinto materno sobre todos os obstáculos que se ergueram durante os nove meses, e o bebê que nasce vem para corresponder às expectativas dos pais” (EIZIRIK, 2001, p. 34).

O parto é caracterizado por ser um momento crítico, pois é dado o sentido de passagem de um estado a outro, onde deve ser enfrentado de qualquer maneira; outra situação que aumenta a ansiedade e a insegurança é a incapacidade de saber como e quando vai ocorrer o trabalho de parto, isto é, a impossibilidade de controlar o processo. O parto é como um “salto no escuro” é imprevisível e desconhecido. O parto vai consistir em três momentos: dilatação, expulsão e secundamento (MALDONADO, 2002).

A aproximação ao parto faz com que aumente os medos devido às fantasias de morte, por isso a importância da obstetra explicar os procedimentos que serão realizados durante o parto e informar as eventuais complicações, que são raras de acontecer. A importância de o médico estar atento para detectar a ansiedade da paciente e assim poder tranquilizá-la. As dificuldades físicas também aumentam, e psicologicamente a mulher se encontra num turbilhão de emoções (EIZIRIK, 2001).

Na sala de parto é provocada outra crise de ansiedade. Algumas pacientes se tornam agressivas com a equipe, sendo o reflexo de temores e fantasias em relação ao parto. A fantasia da castração manifesta-se através do temor à episiotomia. “Antes, os sentimentos predominantes são de alívio por terem obtido êxito, gratidão pelo fato de o



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

filho ter nascido, êxtase por ele ser normal e uma sensação gloriosa de querer criar e abraçar aquela criatura pequenina e dependente”. (EIZIRIK, 2001, p. 35).

A partir do parto a criança vai ter sua vida própria, sendo expulsa do organismo materno e assumindo suas funções fisiológicas. A mãe passa por uma readaptação ao estado de não-gravidez. Esse momento pode se muito difícil e doloroso, fazendo com que o puerpério seja um momento muito importante e delicado. “O puerpério inicia-se com a dequitação da placenta e tem duração variável conforme o enfoque: o puerpério legal dura 40 dias; o orgânico pode levar até 90 dias; o social, até 120 dias e o psicológico não tem um término preciso” (EIZIRIK, 2001, p. 36).

É uma fase de grandes transformações, tanto orgânicas quanto emocionais, já que seu filho “torna-se” real. Conforme Saifer (apud Eizirik, 2001), o puerpério é a delimitação entre o perdido (gravidez) e o adquirido (filho), também é uma delimitação inconsciente, e após realidade. Nesse período a gestante vai fantasiar a respeito da saúde de seu filho, sobre o futuro dele e medos de que alguma “mulher má ou bruxa” venham roubá-lo. As dúvidas sobre a capacidade de cuidar o seu filho se tornam constantes. Por isso a importância de orientar a mãe de como segurar, olhar, amamentar o seu filho, torna-se essencial para o relacionamento mãe-bebê. O período de internação pode ser encarado pelas mães como: um momento de férias e de responsabilidade, e para outras uma prisão onde devem ser refreados seus desejos maternos. Após o parto é frequente a ansiedade por meio de defesas maníacas, caracterizadas pela diminuição do sono, da fome ou pela agitação das visitas no quarto. Quando não ocorrem esses momentos de festejo, pode haver sintomas de depressão puerperal.

Há casos em que a mãe dá alta do hospital, e o bebê tem que ficar internado, as ansiedades da mãe e dos familiares tornam-se maiores. Pois a vontade de estar por perto do bebê, amamentá-lo e o desconforto de ficar longe do lar, desorganiza ainda mais a vida emocional da mãe (EIZIRIK, 2001).

Conforme o mesmo autor, quando a mãe retorna a sua casa, surge mais dúvidas em relação à capacidade de cuidar do seu bebê, dos outros filhos, do marido, da casa e dos mais afazeres, tudo isso vai gerar ansiedade e depressão. Quando o bebê nasce à mãe já apresenta o desejo de cuidá-lo. Quando identifica-se com o filho, a mãe pode regredir e repetir, em seus comportamentos maternos, suas experiências infantis.



2. Relação pai/mãe-bebê: do imaginário ao real

Inicia-se a pré-história da criança através da história individual de cada um dos pais; sendo o desejo de ter um filho um potencial para reatualizar as fantasias da própria infância e do cuidado parental que tiveram quando bebês (ZORNIG, 2010). De acordo com Stern (apud Zornig, 2010), as representações parentais sobre o bebê se dá início antes do nascimento, podemos pensar nas brincadeiras de boneca ou até mesmo nas fantasias das adolescentes, as representações maternas antecedem muito tempo antes a concepção.

O bebê ocupa um lugar imaginário no psiquismo dos pais. Lugar esse de fundamental importância, já que é ele que vai permitir um confronto com o real do corpo do bebê. A partir desse confronto se poderá construir um todo imaginário. Essa constituição permitirá aos pais a envolver o organismo vivo do bebê com palavras e encontrar no bebê real, aquele bebê construído imaginariamente. Aquele que era desejado como ideal, concede licença ao bebê real e esse bebê poderá ter garantia, através da narração, as marcas familiares e tudo que dele foi tido e que o antecedeu (ZORNIG, 2010).

Segundo Zornig (2010), quando o bebê fisiologicamente nasce, passa a ocupar um lugar real na vida do casal. O imaginário (aquele bebê ideal que brota do desejo puro dos pais) da passagem para a produção do simbólico e é sobre esse corpo que os pais devem agora, investir libidinalmente. É um corpo que traz um registro de lugar no mundo, registro esse antecipado pelo discurso dos pais que estão inundados de histórias ditas ou caladas e que invariavelmente serão transpassadas aos seus filhos, criando um terreno fértil para que de ali emergja uma subjetividade singular.

Conforme o mesmo autor, as representações podem interferir nos diferentes tipos de interação que há entre os bebês e os cuidadores, podendo assim facilitar ou dificultar a instauração de vínculos afetivos seguros. Os afetos ambivalentes estão presentes na relação entre os pais e o bebê, pois o nascimento além de trazer uma expectativa de que o bebê possa reparar falhas parentais, pode provocar também uma ruptura entre o equilíbrio do casal, onde os fantasmas edípicos sejam reativados. É comum que o pai sinta-se excluído da díade mãe-bebê e vivencie o bebê como um inimigo, pois reativa suas vivências infantis de sentir-se excluído da relação dos pais; ou também a mãe pode sentir-se inadequada na função materna, pois não consegue abrir mão de um modelo idealizado.



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Noto e Souza (2001, p. 305), comentam que:

[...] a função materna como sendo a de desintoxicar a mente da criança, encarregando-se de transformar aquelas experiências emocionais insuportáveis em vivências possíveis e enriquecedoras. [...] A atenção física e emocional possibilita ao bebê experimentar conforto e alívio da ansiedade e principalmente a vivência de ser pensado e compreendido. Esta é a experiência da continência que, introjetada, cria na mente do bebê, um objeto interno receptivo, compreensivo e tranquilizador; que, por sua vez, gradualmente possibilita o desenvolvimento de sua capacidade para refletir sobre seus próprios estados mentais, e de vir a ter pensamentos.

Uma intervenção realizada no início da construção da família tem como importante função de prevenção da saúde mental, no momento em que é possível interferir quando está ocorrendo à trama familiar, pois se os pais sentirem-se amparados e seguros quanto à posição de cuidadores, podem ser mais continentais às angústias do bebê e de suas próprias (NOTO E SOUZA, 2001).

Conforme Bion (apud Noto e Souza, 2001), a mãe pensante, vai ter a capacidade de fazer com que o bebê inicie o desenvolvimento da função pensamento e também tornar ele autônomo através da internalização do objeto pensante.

De acordo Winnicott (apud Neto, 2005), a mãe-suficientemente-bona é aquela capaz de adaptar-se às necessidades de seu bebê, com o objetivo de desenvolver o espaço potencial entre mãe-bebê, satisfazendo seus desejos conforme sua demanda, ela é suficiente para preservar o *self* da criança. É ela que propiciará ser-o-seio ao bebê, indo de encontro ao gesto espontâneo da criança, e fortalecendo a ilusão de onipotência infantil, estando o bebê num estado de dependência absoluta da mãe.

O mundo da criança se constrói a partir da realidade das relações interpessoais, em conjunto com a organização do sistema familiar. O primeiro mundo que é oferecido ao recém-nascido, se dá a partir da realidade interna da mãe, seu inconsciente; as fantasias da mãe, os seus investimentos libidinais e narcisistas, as fantasias do pai do bebê na continuação, e os pais destes. A mãe passa a dar sentido aos sentimentos afetivos de seu bebê (LEBOVICI, 1992).

Conforme Stern (apud Moreira, 2004), com o nascimento do bebê, a mãe passa para uma nova organização psíquica chamada de “constelação da maternidade”



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

(semelhante à preocupação materna primária de Winnicott). Nessa nova organização, que é temporária, se determina novas ações, sensibilidades, fantasias, medos e desejos. A constelação primária há três preocupações e discursos que ocorrem internamente e externamente: sendo o primeiro o discurso da mãe com sua própria mãe, o discurso consigo mesma, e o discurso com seu bebê.

Portanto, no início, o ser só é possível com outro ser humano. Durante essa fase, a continuidade do ser é o sentimento que resulta da fusão da mãe suficientemente boa com o bebê. Ele postula que nessa fase o *self* infantil é não-integrado, não há lugar para a realidade não-eu. Com o empréstimo do ego materno, que nessa fase tem adaptação quase perfeita às necessidades do bebê se inicia o processo de elaboração das funções corporais, no ritmo próprio do bebê. Nessa fase, não tem sentido falar em pulsões, mas em necessidades. Em perfeita adaptação deve-se ao que ele chamou de preocupação materna primária, que é uma doença saudável da mãe que promove uma “sensibilidade especial” em relação a seu bebê. (Algumas mulheres, contudo, não conseguem esse “adoecimento” por implicações patológicas.). Esse apoio materno funciona como uma concha protetora que, com o desenvolvimento do ego infantil, vai sendo gradualmente retirada. O cerne assim protegido inicia o processo de se tornar um ser de dentro para fora (Winnicott apud Neto, 2005, p. 17-18).

Para Noto e Souza (2001), através dos mecanismos de cisão e projeção, a mente tem como se livrar de experiências toleráveis. Além disso, esses mecanismos também servem para a comunicação, mas para isso deve existir um objeto externo que recolhe, identifique e metabolize essas vivências emocionais não digeridas, podendo ser reintrojadas pelo bebê. Esse início do contato a realidade externa e interna, pode fazer com que haja mal-entendidos que enviesam a relação da criança com os pais, ou com ela mesma.

O observador, ao ajudar a mãe a lidar com suas angústias frente ao bebê, torna-a mais capaz de ver melhor o bebê que realmente está ali. Quando a mãe se relaciona predominantemente com o bebê que existe no seu imaginário (idealizado, alvo de suas projeções, etc.) seu bebê real pode ficar abandonado (NOTO E SOUZA, 2001, p. 307).



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

A partir da literatura revisada, pode-se refletir a respeito da importância de se ter o acompanhamento da psicologia na relação pai/mãe-bebê, nas maternidades. Buscando-se assim, proporcionar um espaço em cada atendimento, para que possamos acolher e escutar aquilo que é pertinente aos pais e familiares.

Conforme Winnicott (apud Davis e Wallbridge, 1982), o “espaço potencial” é onde há interação entre os sujeitos, onde a criatividade é estimulada por qualquer atividade. Nesse “espaço potencial”, é perdida a importância das tensões dando espaço à comunicação mútua e assim tendo como consequência a saúde.

OBJETIVOS

O objetivo deste trabalho é relatar a experiência vivida durante o estágio curricular vinculado ao Curso de Psicologia, realizado na maternidade de um hospital municipal localizado na cidade de Santa Maria/RS.

METODOLOGIA

O presente trabalho trata-se de um relato de experiência surgido a partir de Estágio Curricular do Curso de Psicologia/UNIFRA tendo, como carga horária total, 204 horas. O Estágio foi realizado em uma Maternidade de um hospital municipal da cidade de Santa Maria/RS, no período de agosto a dezembro de 2011. O hospital atende pessoas da cidade de Santa Maria e região. Buscou-se proporcionar às mães e aos pais um espaço suficientemente bom de escuta e acolhimento para dar o suporte emocional, e colaborando para a relação entre pai/mãe-bebê no período pós-parto.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Atendimento às mães e aos pais no período pós-parto

O atendimento realizado às mães e aos pais no período pós-parto ocorre nos leitos, corredores e berçário da maternidade. Este processo se dá a partir do acolhimento e escuta, permitindo que relatem sobre suas experiências em relação ao parto, como é a



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

família, aspectos da maternidade, ou seja, tudo o que a puérperas trazem para o atendimento é acolhido e recebido com atenção. Dessa forma, sendo considerado um momento de escuta e intervenção, possibilitando que elas possam expor suas alegrias, dúvidas, quais eram suas expectativas em relação ao bebê e como estão o vendo já nos seus braços, ou seja, o bebê real. A observação também faz parte, pois podemos ver como ocorre à relação pai/mãe-bebê.

É muito bom poder acompanhar às mães e os pais, e ver como vai à relação pai/mãe-bebê. Também aqui podemos perceber o movimento familiar, como eles funcionam, a preocupação da família com a mãe e o bebê, e a participação do pai na relação mãe-bebê. Saber que estou ali para dar mais atenção àquelas mães e pais, para ouvir aquilo que é pertinente a eles, percebo a importância que faz a psicologia na maternidade.

Em muitos atendimentos pude perceber certo encantamento de mães pelos seus bebês. Muitas delas me relatavam: “Ele é bem como eu pensava!”, “Ele é bem diferente do que imaginava!”, “Como pode, esse “tamanho” de gente estava na minha barriga!”, os comentários eram tantos.

“Quando a criança nasce, a mãe deve confrontar-se com o bebê que ela segura em seus braços, ao qual ela alimenta e cuida, com a dupla referência já existente: o registro fantasmático (inconsciente) e o registro imaginativo (pré-consciente)” (LEBOVICI, 1992, p. 53).

De acordo com Klaus, Kennel & Klaus (2000), depois do nascimento, quando a mãe fica com o bebê, inicia-se vários eventos sensoriais, hormonais, fisiológicos, imunológicos e comportamentais, que vai contribuir para a relação mãe-bebê.

O *handling* é o contato que a mãe tem com o corpo do bebê, realizado através das mãos (Coutinho apud Monteiro, 2004). É como o bebê será tratado, cuidado, manipulado. A falta de contato com o corpo pode gerar problemas psicológicos na criança, onde essa terá dificuldades em aceitar limitações físicas como reais (Winnicott apud Monteiro, 2004).

Podemos ver a importância de acompanhar a relação inicial mãe-bebê, pois quando não houver o contato físico, o nosso papel como psicólogos é ajudar nesse vínculo, tanto na relação mãe-bebê como na relação pai-bebê.



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Pode-se perceber, dentro desse processo de cuidado como estudante-profissional que elas deitadas no seu leito permaneciam com seus bebês na cama, e o olhar fixo a eles, e os acariciavam, percebendo que é real e não mais algo imaginário. Perguntava-se as mães se conseguiam dormir. A maioria respondia que ficava a noite toda olhando para seus bebês. Quando amamentavam também havia certo cuidado, e o olhar era sempre presente da mãe para com o bebê.

Quando a mãe encontra-se nos olhos de seu bebê olhando-a crê (seja, quando está à sua frente, ou no colo, ou ainda no berço acordado virado para ela) que seja uma testemunha que vai contemplá-la e julgá-la. Esta mãe nunca mais estará sozinha, mas sempre estará sendo olhada. Algumas sentirão prazer em exibirem-se outras não, tentaram fugir de seus olhares. O bebê pode ser um juiz severo, culpabilizante e perseguidor, pois é a testemunha incômoda do parto, da passividade materna, de sua vivência, de suas relações frente a suas necessidades biológicas (SOULÉ, 1987).

Também percebeu-se um encantamento dos pais por seus bebês. Com sorrisos nos lábios, com o olhar brilhante, ajudando a mãe, os pais transpareciam a realização de ver seu filho ali com eles. Pode-se perceber quando as mães iam ser atendidas pela psicologia, os pais tomavam a frente e começavam a falar sobre o bebê. Eles também os embalavam nos braços, ficavam com os olhos vidrados, até mesmo quando estavam ao lado da mãe, e a mãe com o bebê no colo. Também o momento de dar a notícia do nascimento do filho, é de extrema emoção. Algo aconteceu quando foi dada a notícia a um pai que havia nascido a bebê, o pai sem saber o que fazer, com o sorriso nos lábios, e com brilho nos olhos, e tímido, olhava para um lado ao outro, que se pudesse sair pulando de alegria.

Durante o período de dependência absoluta, o bebê e a mãe vivem em um relacionamento dual, onde o bebê e a mãe vão formar uma só unidade, porém o pai vai assumir dois papéis para participar dessa relação. Primeiro papel é a mãe substituta, deve permanecer como a mãe, um objeto subjetivo. Para assumir esse papel é importante o lado materno e não masculino (ROSA, 2009). De acordo com Winnicott (apud Rosa, 2009), o pai não vai desempenhar o papel de pai com o bebê, pois em toda a relação com o bebê só pode-se atuar como mãe substituta. Logo, “não se trata, contudo, de priorizar a mãe ou o pai nos cuidados com o bebê, mas de compreender que o tipo de ambiente (cuidados) que o bebê precisa encontrar ao nascer, como pré-requisito para um amadurecimento saudável” (Rosa, 2009, p. 63). E o segundo papel desempenhado pelo pai, é de “cuidador” da dupla



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

mãe-bebê. Ele protege a mãe das interferências externas, para que ela possa se entregar à “preocupação materna primária”. Com isso ele em conjunto com a mãe compõe o ambiente total em que o bebê habita (Rosa, 2009).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

É de extrema importância o atendimento às mães e pais na maternidade, já que estes chegam psicologicamente fragilizados pelo momento que os envolve. Esse momento é o que irá gerar uma mudança total em suas vidas. Sabe-se que desde a gestação essas mudanças já vão ocorrendo, mas no nascimento é o fantasioso que se torna real, e a mistura de expectativas com o medo vão gerando nas mães e pais, angústia e ansiedade. A partir do trabalho desenvolvido na maternidade, percebeu-se que a psicologia pode contribuir na atenção destinada não só às mães no período pré-parto, parto e pós-parto, mas também na atenção aos pais, fortalecendo assim o vínculo pai/mãe-bebê, bem como criando um espaço de escuta e acolhimento às angústias vivenciadas pela mãe e pelo pai, naquele momento que tem um significado tão importante.

REFERÊNCIAS

- BRAZELTON, T. B., CRAMER, B. G. **A pré-história do apego**. Tradução M. B. Cipolla. São Paulo: Martins Fontes, 1992.
- DAVIS, M.; WALLBRIDGE, D. **Limite e espaço**: uma introdução à obra de D.W. Winnicott. Rio de Janeiro: Imago, 1982.
- EIZIRIK, C. L. (Org.). **O ciclo da vida humana**: uma perspectiva psicodinâmica. Porto Alegre: Artmed Editora, 2001.
- GUTFREIND, C. **Narrar, ser mãe, ser pai & outros ensaios sobre a parentalidade**. 2ª Ed., Rio de Janeiro: DIFEL, 2010.
- KLAUS, K.; KENNEL, J.; KLAUS, P. **Vínculo**: construindo as bases para um apego seguro e para a independência. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.
- LEBOVICI, S. Maternidade. In: COSTA, G.; KATZ, G. **Dinâmica das relações conjugais**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

- MALDONADO, M. T. **Psicologia da gravidez: parto e puerpério**. 16. ed. São Paulo: Saraiva, 2002.
- MONTEIRO, M. C. **A relação mãe-bebê: uma visão winnicottiana**. Disponível em: <http://www.maxwell.lambda.ele.puc-rio.br/4350/4350_1.PDF> Acesso em: 26 de mar de 2012.
- MORO, M. R. **Os ingredientes da parentalidade**. Disponível em: <http://www.fundamentalpsychopathology.org/art/v08_02/05.pdf> Acesso em: 10 de maio de 2011.
- NETO, O. F. et al. **Winnicott: os sentidos da realidade**. Revista Viver, Mente & Cérebro (edição especial), São Paulo: Ediouro, 2005.
- NOTO, I. S. B. de S.; SOUZA, M. S. I. de. **Relação pais-bebê: momento privilegiado para a intervenção**. In: Roberto B. Graña, Angela B. S. Piva (Orgs.). A atualidade da psicanálise de crianças: perspectivas para um novo século. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.
- PARENTE, S. M. B. A. et al. **Winnicott: os sentidos da realidade**. Revista Viver, Mente & Cérebro (edição especial), São Paulo: Ediouro, 2005.
- ROSA, C. D. **O papel do pai no processo de amadurecimento em Winnicott**. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/nh/v11n2/v11n2a03.pdf>> Acesso em: 12 de nov de 2011.
- SOULÉ, M. **O filho da cabeça, o filho imaginário**. In: BRAZELTON, T. B. **A dinâmica do bebê**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1987. p. 132 -170.
- ZORNIG, S. A. **Tornar-se pai, tornar-se mãe: o processo da parentalidade**. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S0101-48382010000200010&script=sci_arttext> Acesso em: 09 de nov de 2011.



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Saúde docente em uma escola municipal de Porto Alegre

Aline Rocha Mendes ¹

Claus Dieter Stobäus ²

¹ Rede Municipal de Ensino de Porto Alegre

² Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS)

² UNILASALLE

RESUMO

O presente trabalho é fruto de discussões entre os autores, a partir de alguns dos elementos encontrados em uma pesquisa, realizada no Programa de Pós-Graduação em Educação da PUCRS, na linha de pesquisa Pessoa e Educação, de cunho quantitativo, que objetivou detectar e analisar as condições de mal-estar e bem-estar de 30 professores de uma escola do Ensino Fundamental da Rede Municipal de Ensino de Porto Alegre, através de informações sobre suas licenças para tratamento de saúde, obtidas na Secretaria Municipal da Saúde e respostas a questionários de avaliação das variáveis do Bem/Mal-estar Docente, analisadas com Estatística Descritiva. Quanto a licenças para tratamento de saúde, verificou-se que 35,4% dos professores desta escola solicitaram esta concessão, evidenciando um índice elevado. Na análise das variáveis dos indicadores de mal/bem-estar docente, inferiu-se que estes educadores parecem querer continuar na profissão docente, mostrando-se empenhados em sua atuação pedagógica e com metas e expectativas elevadas para si e para seus educandos. Veem-se como eficazes no sentido das estratégias de ensino que utilizam na escola, mas apresentaram índices elevados de estresse e exaustão. Os estudantes têm uma condição social bastante carente e necessitando de atendimentos e ajudas, as quais nem os professores nem a escola podem dar, gerando uma sobrecarga e frustração que pode se transformar em estresse e exaustão. Também foi dada uma formação para estes docentes apresentando os resultados da pesquisa no intuito de dar retorno ao grupo que tanto colaborou com este trabalho. Nos Comentários Finais ressaltamos que vários elementos podem contribuir com a melhoria das condições de saúde e bem-estar docente, como, por exemplo, a escola com ambiente de apoio e acolhimento,



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

as relações interpessoais positivas e calcadas no afeto, ações via sistemas de ensino e de saúde e apoio social.

Palavras-chave: Saúde docente; Mal-estar docente; Bem-estar docente.

INTRODUÇÃO

Na pesquisa de Mendes (2011) foi examinada a saúde docente, na perspectiva de superação de uma condição de mal-estar para o bem-estar e a realização profissional, em alguns dos professores de uma escola da Rede Municipal de Ensino de Porto Alegre, durante a elaboração de uma dissertação no curso de Mestrado em Educação, no Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Educação da PUCRS.

Percebe-se que nos últimos anos ocorre, em um crescente, a situação de um número elevado de professores que solicita licença para tratamento de saúde. Esta circunstância é um fenômeno mundial, sendo que a profissão docente é uma das que gera mais afastamentos do trabalho por motivo de doença. Ainda assim, percebe-se que não existem dados nem encaminhamentos suficientes, numa perspectiva de apoios a estes docentes, nem avanços de soluções para melhoria das condições de trabalho a que os professores estão submetidos, que os levam a este adoecimento crescente.

A saúde do professor, até então, nunca foi levada em consideração na construção de políticas públicas, propostas em nível de sistemas de ensino e próprias nas unidades escolares, o que pode-se avaliar como uma falha ou mesmo omissão por parte dos órgãos responsáveis e pelos gestores, na criação e implantação de propostas pedagógicas.

Frente a esta realidade, impõem-se demonstrar a importância de maiores investimentos em pesquisas e estudos sobre aspectos do cotidiano do professor, neste caso sobre o que os leva a adoecerem, pois, geralmente, os dados são relacionados aos seus alunos, dificultando a promoção de ações concretas voltadas ao bem-estar docente.

A relevância e a justificativa deste estudo volta-se, evidentemente, para a vida profissional e pessoal dos professores, para sua saúde, bem-estar e para que atinjam-se melhores resultados nos processos de ensino e, conseqüentemente, com repercussões em melhores aprendizagens discentes, bem como as docentes.



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

REFERENCIAL TEÓRICO

Há aproximadamente duas décadas, percebe-se que o papel exercido pelos educadores e cobrado pela sociedade vem se modificando rapidamente. As expectativas aumentaram e as obrigações ficaram mais difusas.

Os docentes estão perigosamente sobrecarregados, têm mais responsabilidades como assistentes sociais, psicólogos, terapeutas e outros profissionais da área social e da saúde, do que verdadeiramente docentes.

O sistema escolar muitas vezes não oferece um número adequado de profissionais às instituições e esta lacuna reflete-se nas salas de aula, que são superlotadas de crianças, adolescentes e jovens em seus diversos níveis, tornando bastante difícil manter um clima adequado para a aprendizagem, que é a real competência da escola, dizem Gasparini et al. (2005).

Neste cenário, encontram-se docentes desmotivados, sofrendo de baixa autoestima e que sentem-se como que desvalorizados pelo sistema de ensino e pela sociedade, representada pelos próprios pais destes alunos e pela ‘massacrante’ e constante (des)informação da mídia.

Todas estas contradições enfrentadas pelos docentes os levam a um processo de adoecimento pelo trabalho, ou seja, para o professor conseguir atingir os objetivos da ‘produção’ escolar, precisa gerar enormes esforços de suas funções bio-psico-sociais, resultando em um processo denominado mal-estar docente.

Mosquera e Stobäus (2001, p. 25) definiram o mal-estar docente como:

[...] doença social que provoca a pessoal e é causado pela falta de apoio da sociedade aos professores, tanto no terreno dos objetivos de ensino, como nas compensações materiais e no reconhecimento do status que lhes atribui.

Esteve (1999, p. 25) relata que diversos autores, desde a década de 1950, vêm empregando o termo mal-estar docente, que ele define por “os efeitos permanentes de caráter negativo que afetam a personalidade do professor como resultado das condições psicológicas e sociais em que se exerce a docência”.

Blase classifica, esclarece Esteve (1999), os fatores geradores de mal-estar docente como primários e secundários.



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Os primários são aqueles que incidem diretamente na ação do professores e podem provocar tensões de caráter negativo em sua prática pedagógica. Citam-se alguns deles: a escassez de recursos materiais e precárias condições de trabalho que estão ligados à docência, a violência instituída nas escolas, incluindo-se o relacionamento tenso entre docentes e discentes e a acumulação de exigências sobre o educador.

Já os fatores secundários são mais amplos e podem comprometer a eficácia do docente ao provocarem uma redução na motivação para o trabalho, quais sejam: a desvalorização do papel do professor, a crise de identidade profissional e a falta de suporte social.

Esteve (1999) também explica alguns efeitos do mal-estar na prática docente: insatisfação com o trabalho realizado; desenvolvimento de esquemas de distanciamento, para reduzir a implicação pessoal no trabalho; pedidos de transferência de escola; desejo de abandonar a docência; absenteísmo; esgotamento; cansaço físico, mental e emocional; ansiedade; estresse; além de doenças físicas, transtornos mentais e psicossomáticos.

Ainda neste contexto adverso e pouco favorável da educação, encontramos professores que estão satisfeitos com seu ofício e sentem-se com ele realizados, ou seja, sentem bem-estar. Portanto, enfocar-se-á agora nos estudos que seguem na direção da promoção da saúde e do bem-estar docente.

O conceito de saúde adotado neste trabalho vem de Conceição (1994, p. 5), que avalia a saúde de forma dinâmica e diz que “ter saúde significa ser ativo permanentemente no ambiente em que vive, mantendo, modificando, criando tudo em conformidade com suas aspirações por uma melhor vida-saúde pessoal e comunitária”. Entende-se, portanto, que uma pessoa saudável é aquela que ao interatuar com o seu meio conserva sua individualidade biológica, reduzindo os desequilíbrios, solucionando os conflitos advindos desse intercâmbio.

A Psicologia Positiva é um campo que centra suas pesquisas em conhecer os mecanismos utilizados pelas pessoas que conseguem ter, mesmo diante de todas as adversidades do cotidiano, uma vida com satisfações pessoais/profissionais e saúde. Seligman e Csikszentmihalyi (2000, p. 5), definem que “o objetivo da psicologia positiva é começar a catalizar uma mudança no foco da Psicologia da única preocupação com o reparo das piores coisas da vida para também construir as qualidades positivas”.



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Atualmente, Seligman (2011) coloca que o bem-estar é o principal construto da Psicologia Positiva. Também explica que existem cinco elementos que contribuem para compreensão do bem-estar: emoção positiva, engajamento, sentido, relacionamentos positivos e realização.

O conceito de bem-estar utilizado neste trabalho considera que ele é “o resultado da orientação geral positiva do sujeito para os acontecimentos de vida”, colocam Jesus & Rezende (2009, p. 17), pois depende não tanto das experiências do sujeito, mas de como este sujeito encara, avalia e resolve as mesmas.

No que diz respeito ao bem-estar docente, Jesus (2007, p. 26) define que:

O conceito de bem-estar docente pode ser traduzido pela motivação e realização do professor, em virtude do conjunto de competências (resiliência) e de estratégias (*coping*) que este desenvolve para conseguir fazer frente às exigências e dificuldades profissionais, superando-as e otimizando o seu próprio funcionamento.

Na realidade, este conceito de bem-estar é bastante amplo e pode servir para qualquer profissão. Para que exista bem-estar é necessário que se goste da profissão e se queira buscar estratégias e novos conhecimentos para ampliar as possibilidades de sucesso profissional e pessoal. Portanto, acredita-se que o próprio educador pode e deve investir em seu bem-estar, valendo-se de alguns elementos que possibilitem um melhor cuidado de si, como por exemplo: a resiliência, o *coping*, a afetividade, a formação continuada, etc.

A resiliência é uma capacidade, inerente aos seres humanos, que os faz resistirem às dificuldades e adversidades da vida conservando sua essência, mesmo que tenha que se adaptar e se modificar conforme as situações experienciadas, para Tavares (2001). Nesta perspectiva, entende-se que a resiliência pode ser estimulada e aprimorada ao longo da vida e também pode ser desenvolvida por grupos. Os professores que desenvolvem melhor sua resiliência têm mais chance de terem bem-estar.

Pode-se compreender o *coping* como o conjunto de estratégias ou recursos utilizados pelos sujeitos para resolver situações de estresse, que sejam diferentes daquelas em que o sujeito está habituado a lidar (Lazarus & Folkman, 1984). Neste caso, os educadores que mais bem souberem utilizar estratégias de *coping* para lidar com as situações estressantes sairão delas menos desgastados.

Mosquera e Stobäus (2008, p. 77) destacaram que o docente deve estar educado para a afetividade, tendo em vista que, ao lidar com as diversidades no contexto escolar



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

precisam ter respeito e empatia para compreensão do outro, e com o próprio inacabamento como condição humana, pois “melhores relações interpessoais pressupõem a busca da saúde pessoal e social, resistir a uma sociedade e um mundo que tenta sempre colocar modelos de retrocesso e imposição”. Quando as pessoas conscientizam-se de seus sentimentos, tornam-se, dessa forma, mais competentes para a tomada de decisões, tanto de caráter pessoal quanto profissional. No contexto escolar esse conhecimento da afetividade torna-se peça-chave para se criar um cotidiano mais saudável e com menos conflitos, estabelecendo-se relações intra e interpessoais que sejam profícuas e que frutifiquem em aprendizagens cognitivo-emocionais significativas.

Em 1996, Jesus já mencionava que para ser um bom professor é necessário desenvolver competências e qualidades relacionais, e salienta também que, “[...] a formação de professores deve ser mais um processo de ‘tornar-se’, do que apenas obter informações sobre como ensinar” (Jesus, 2007, p. 39). Os professores precisam ser orientados a buscar em si as respostas de como melhor atuar, e aprender a se responsabilizar pelo seu crescimento profissional. Isto aplica-se tanto à formação inicial como a continuada.

Se estes elementos de cuidado de si fossem praticados, poderiam, certamente, prevenir os processos de adoecimento docente. O nível de frustração em relação ao dia-a-dia escolar diminuiria, uma vez que os educadores já estariam mais bem preparados para lidar com este cotidiano.

METODOLOGIA

Relatar-se-á sobre alguns dos elementos, analisados de forma quantitativa, que fazem parte da pesquisa de Mendes (2011). Esta pesquisa foi aprovada pelos Comitês de Ética da PUCRS e da Secretaria Municipal da Saúde de Porto Alegre (SMS).

Uma escola da Rede Municipal de Ensino de Porto Alegre serviu como espaço de pesquisa. Localiza-se em um bairro periférico da cidade de Porto Alegre, funciona nos turnos da manhã, tarde e noite, e atende alunos de todos os ciclos do Ensino Fundamental e da Educação de Jovens e Adultos, com aproximadamente 1300 matriculados. O corpo docente era composto de 96 professores em 2010.



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

O grupo de 96 professores foi acompanhado durante seis meses (1º semestre de 2010), em relação aos afastamentos para tratamento de saúde, através de dados recebidos na SMS, com contatos na Gerência de Saúde do Trabalhador, que forneceu dados anônimos sobre o tempo de afastamento e suas causas.

Participaram da pesquisa, com respostas a questionários, 30 docentes que tinham entre 28 e 64 anos de idade, com uma idade média de 48 anos. Eles tinham, em média, 16 anos de ingresso na Prefeitura Municipal de Porto Alegre, e em média 12 anos de atuação na escola.

Os professores responderam ao Instrumento para Avaliação das Variáveis que constituem Indicadores do Bem/Mal-Estar Docente, de Jesus (1998), que foi gentilmente cedido pelo autor para seu uso neste estudo.

A análise dos resultados foi feita com Estatística Descritiva.

ANÁLISE DOS RESULTADOS

A partir dos dados recebidos da SMS em relação às licenças para tratamento de saúde (LTS) solicitadas pelos docentes, foram feitas algumas análises.

Verificou-se que, de um grupo de 96 professores, 34 estiveram em LTS, no primeiro semestre de 2010, perfazendo 35,4% deste coletivo, o que pode ser considerado como alto, visto que, em entrevista informal na Gerência de Saúde do Servidor Municipal (GSSM), foi dito que até 8% é considerado um percentual normal. Analisando-se as solicitações por mês, somente em março é que as LTS aproximaram-se deste ‘normal’, com 8,3% de afastamentos por LTS. Nos meses de abril e maio 14,58% dos professores solicitaram LTS. Constatou-se que, em junho, ocorreram mais afastamentos, perfazendo 15,62% do total que docentes estiveram em LTS.

Em contrapartida, o mês de fevereiro teve o percentual mais baixo, 3,12%, em janeiro encontrou-se 5,2%, ressaltando-se este período como sendo de recesso escolar, mas alguns professores que estão em delimitação de tarefa acabam solicitando LTS. Nesta escola existem três professores na condição de delimitados de modo permanente, exercendo funções alheias à sala de aula, em razão do tipo de delimitação.

Esteve (2005) em seus estudos em Málaga – Espanha relatou que 21,31% dos professores primários solicitaram afastamento por doença e este índice foi de 9,53% nos



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

professores secundários. Por estes índices pode-se constatar que a situação desta escola não é a única e a saúde dos docentes em nível mundial vem se degradando.

Ainda receberam-se as informações acerca das LTS e suas causas, utilizando-se o Código Internacional das Doenças (CID-10, 2008). Chama a atenção o tempo de afastamento nos transtornos mentais e comportamentais, já que este grupo gerou 57,26% dos dias totais de afastamentos, e 12,5% dos professores da escola foi enquadrado em LTS com esta categoria de doença. Pode-se exemplificar como diagnóstico mais freqüente a depressão.

Em segundo lugar, aparecem as licenças concedidas por convalescença após cirurgia, resultando em 12,58% dos dias de afastamentos, com 4,16% de solicitantes. Pelos dados recebidos não há como saber o tipo de cirurgia.

Em terceiro lugar de LTS concedidas, estão as doenças do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo, implicando em 9,92% do total de dias de afastamento e envolvendo 5,2% do total de docentes da escola. Problemas em diferentes partes da coluna são as mais comuns.

Segundo Esteve (2005), os diagnósticos que mais produzem dias de trabalho perdidos em licenças são: 1º. traumatológicos (ex. tornozelo torcido), 2º. otorrinolaringológicos (ex. laringite) e 3º. psiquiátricos (ex. depressões).

Buscando-se outros estudos nesta temática encontrou-se o de Gasparini et al. (2005), realizado com professores em Minas Gerais, a partir de informações da perícia médica da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. As pesquisadoras verificaram que 15,3% dos afastamentos docentes correspondia a transtornos mentais e comportamentais; em segundo lugar, com 12,2% as doenças do aparelho respiratório e, na terceira posição as doenças do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo representando 11,5% das LTS.

Outra pesquisa, de Siqueira e Ferreira (2003), realizada em Florianópolis, com 150 professoras de séries iniciais, constatou que as principais causas das licenças são (em ordem decrescente): doenças do aparelho respiratório, problemas do aparelho locomotor e problemas psicológicos e/ou psiquiátricos.

Percebe-se que os resultados estão convergindo com os dados apresentados nesta pesquisa, levando a crer que a situação de saúde docente não muda muito quando contrastada a outros estados brasileiros.



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Ainda pode-se ressaltar que a média de duração das LTS é de 8,54 dias, visto que os 34 professores requereram um total de 66 pedidos (várias pessoas solicitaram mais de uma LTS), gerando 564 dias de afastamento total. Também verificou-se que a LTS mais longa ocasionou 76 dias de baixa, iniciando em março e terminando em final de maio de 2010.

Esteve (2005) comenta que a média de licenças em seu estudo mudou do início de 41 dias para 26,4 no final. Ele acredita que a inspeção médica tenha tornado-se mais rígida na avaliação ao longo do tempo.

Também examinaram-se dados gerais da Rede Municipal de Ensino (RME) de Porto Alegre. Entre os anos de 1998 e 2008 houve um aumento de 16,93% no número de professores servidores da RME. Em comparação, neste mesmo período houve um crescimento de 35,06% no número de afastamentos para tratamento de saúde.

Através dos índices analisados, pode-se afirmar que, por exemplo, o percentual de professores em LTS teve um aumento progressivo nos últimos 10 anos, maior do que o incremento de professores que ingressaram na Rede neste mesmo período, denotando uma deterioração das condições de saúde docente.

Pode-se inferir que a realidade da Rede e da escola estudada não difere muito da situação mundial da (falta de) saúde docente. Concorde-se com Esteve (2005) quando indica que os professores que tem LTS prolongadas deveriam ter um atendimento diferenciado no setor de saúde, um tipo de reabilitação posterior às licenças.

Pensa-se que, no contexto pesquisado, poderiam ocorrer ações integradas entre a Gerência de Saúde e as escolas, com a coordenação conjunta por parte da Secretaria de Educação, para melhor acolhimento dos docentes que têm problemas que podem se tornar crônicos. O autor também destaca que o professor que volta de uma licença prolongada por motivos psiquiátricos ou vocais, por exemplo, e retorna à mesma situação de trabalho, provavelmente terá, em breve, as mesmas dificuldades e irá se ausentar novamente, ou seja, o ciclo de doenças continuará ocorrendo.

Aplicou-se o instrumento desenvolvido pelo Prof. Dr. Saul Neves de Jesus (1996), em sua tese de doutorado, que foi cedido por ele para o uso neste estudo. O autor aplicou este instrumento na fase de sua elaboração, em professores e potenciais professores portugueses dos ciclos finais do ensino básico e secundário, em Coimbra. Este instrumento conta com 113 questões, que são agrupadas em dezesseis variáveis avaliadas.



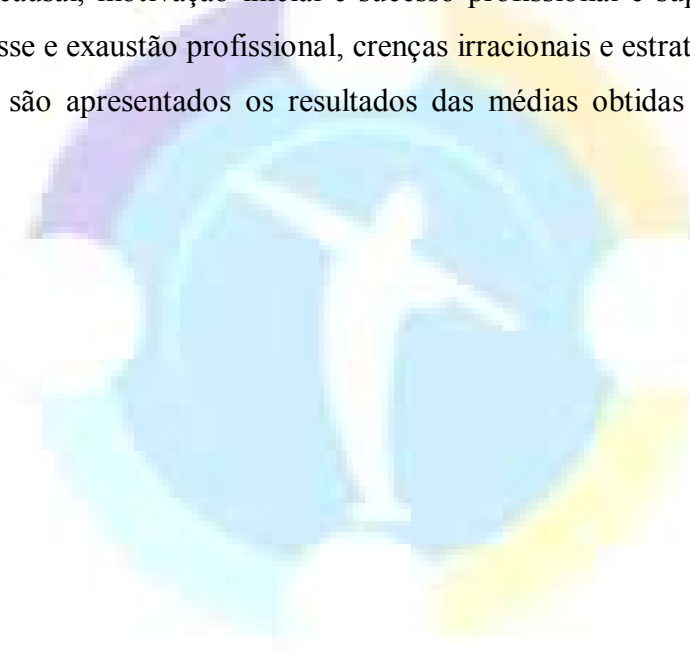
**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

O autor propõe que, a partir da avaliação pelo instrumento (comparação com as médias), os docentes podem favorecer sua situação profissional e pessoal participando do Programa de formação para prevenção do mal-estar docente. Este programa tem o intuito de, com a formação continuada, instrumentalizar professores a lidar melhor com seu cotidiano, bem colocava Jesus (1998).

Ele sugere que os docentes indicados seriam aqueles que apresentassem resultados do instrumento para avaliação das variáveis que constituem indicadores do bem/mal-estar docente inferiores à média nas medidas de projeto profissional, empenhamento profissional, valor da metas, motivação intrínseca, expectativa de eficácia, expectativa de controle, atribuição causal, motivação inicial e sucesso profissional e superiores à média nas medidas de estresse e exaustão profissional, crenças irracionais e estratégias de *coping*.

Na Tabela 1 são apresentados os resultados das médias obtidas pelo autor e as médias deste estudo:





III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Tabela 1 – Contraste entre as médias dos resultados deste estudo e de Jesus (1998)

Pode-se observar pela Tabela 1 que a maioria das médias das variáveis que obteve-se neste estudo são similares com as do autor do instrumento.

Em quatro variáveis há diferença significativa entre as médias dos dois estudos, quais sejam, atribuições causais – fracassos nas dimensões *locus* e estabilidade, o estresse e a exaustão profissional, para tanto calculou-se os percentuais a partir das médias de referência do instrumento.

Na variável atribuições causais para o fracasso, na dimensão *locus* os pesquisados apresentaram uma pontuação 29,7% menor que a média de Jesus (1998), e na dimensão estabilidade pontuaram 19,55% a menos que a média do autor. Nestas dimensões que buscam explicar as causas dos fracassos, entende-se que os docentes brasileiros atribuem mais a razões externas e instáveis os motivos de seus fracassos do que os professores portugueses.



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Na variável estresse profissional os professores brasileiros apresentaram 17% mais pontos que os portugueses.

Na variável exaustão profissional os professores brasileiros apresentaram 29,4% mais pontos que os portugueses.

Estes resultados demonstram que, esta escola, a partir da amostra destes docentes, poderia adotar um programa de prevenção ao mal-estar docente. Indica-se isto devido às altas médias apresentadas no estresse e na exaustão profissional, embora as outras variáveis tenham ficado com valores aproximados das médias de referência do instrumento. No entanto, percebe-se que estes valores são importantes para indicar a presença de mal-estar docente, tendo em vista ainda os dados já introduzidos a respeito do número elevado de licenças médicas (35,4%) do grupo estudado.

Ademais, calculou-se, na Tabela 1, a moda de cada variável, ou seja, o valor que ocorreu com maior frequência entre as respostas computadas, objetivando-se construir um perfil dos pesquisados, a partir das variáveis analisadas.

Neste sentido, os resultados da moda expressaram que este grupo de professores parecem querer continuar na profissão docente, mostrando-se empenhados em sua atuação pedagógica e com metas e expectativas elevadas para si e para seus educandos. Avaliam, com certo grau de sucesso, suas realizações profissionais relacionadas com sua ação pedagógica frente seus alunos.

A respeito da motivação intrínseca parecem ver sentido em sua profissão, independentemente de um fator externo de recompensa. Veem-se como eficazes no sentido das estratégias de ensino que utilizam na escola. Denotam uma orientação inicial para profissão docente um pouco menor do que os professores portugueses, mostrando-se com uma motivação inicial mais baixa.

Os pesquisados demonstraram que sentem-se pessoalmente implicados para atingir resultados na aprendizagem de seus educandos, exposto nos resultados da variável expectativa de controle. Quanto às atribuições causais, remetem seus sucessos a causas mais internas e estáveis e os fracassos a causas mais externas e instáveis.

No que diz respeito aos resultados do estresse e da exaustão profissionais, não foi possível calcular a moda, pois os dados têm ampla variabilidade, então preferiu-se verificar os valores mais altos e mais baixos encontrados. O professor que teve o resultado mais baixo no estresse marcou 132 pontos, enquanto o que teve o maior resultado fez 575



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

pontos. Na exaustão profissional, o docente que apresentou o resultado mais baixo fez 64 pontos e o mais alto foi de 2184 (valor mínimo de 64 e máximo de 2240).

Jesus (1996) verificou que há uma correlação entre um alto grau de exaustão e o desejo de abandonar a profissão, neste estudo o pesquisado que mais pontuou na variável exaustão fez dois pontos na avaliação do projeto profissional (de um mínimo de zero e um máximo de seis nesta variável).

Em relação a este estudo acredita-se que os altos índices apresentados pelo grupo nas variáveis acima citadas, estão envolvidos com a questão social dos alunos aos quais atendem. Os estudantes têm uma condição social bastante carente e necessitam de atendimentos e ajudas, nas áreas da assistência social e da saúde, as quais nem os professores nem a escola podem dar, gerando uma sobrecarga e frustração que pode se transformar em estresse e exaustão.

Formação na escola pesquisada

Como forma de dar um retorno ao grupo de docentes da escola, organizou-se uma apresentação dentro do ciclo de formações da escola, que aconteceu na manhã de 24/3/2012. Participaram da formação aproximadamente 65 docentes, sendo que alguns participaram da pesquisa e outros não. Foram apresentados os principais referenciais teóricos que embasaram este estudo, os resultados e a análise dos mesmos.

Durante a exposição os professores interferiram questionando e contribuindo com exemplos de suas vivências pessoais e profissionais. Segue o relato de algumas das impressões e análises elaboradas a partir das reações e contribuições feitas pelos docentes naquela formação.

Os professores passaram a conhecer conceitos como de mal-estar, de saúde, de bem-estar e psicologia positiva, dentro da perspectiva delineada no referencial teórico. Quando foi apresentada a questão da importância do vínculo afetivo com os alunos para o sucesso da aprendizagem, foi impactante para muitos colegas, pois foram muitas as participações neste tópico, incluindo pessoas que se colocaram com dificuldade de estabelecer este vínculo, como outros que concordaram e dizem que somente assim conseguem ‘chegar ao aluno’.

Tiveram bastante interesse na parte dos dados das licenças para tratamento de saúde, pois estavam vendo de forma organizada informações que costumam obter de



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

maneira informal e, muitas vezes, imprecisa na escola. Buscou-se enfatizar que aqueles números são da escola, mas refletem um contexto maior, na tentativa de mostrar o que acontece, sem a intenção de culpar os educadores, e sim de delinear um problema que precisa de várias ações do poder público para que possa se alterar. Algumas pessoas manifestaram que já sentiram preconceito do grupo por estarem afastados da escola, outros disseram que há pessoas que saem em licença prolongada e prejudicam muitos alunos e os professores que ficam trabalhando. Com isso, evidencia-se mais uma contradição que os sistemas de ensino e de saúde impõem às escolas criando um ‘clima’ negativo no grupo, enquanto deveriam trazer soluções, tanto para os que estão em licença, quanto para os que estão no serviço.

Destaca-se a parte do estresse e exaustão profissional, variáveis do instrumento de indicadores de mal/bem-estar docente, colocado por Jesus (1996), que neste grupo teve percentuais significativamente mais altos do que a média do seu trabalho, relatando os docentes que também aceitaram a análise apresentada e vêem-se como profissionais comprometidos.

Dizem que ficam extenuados com a rotina que precisam atender, principalmente com a falta de apoio de outros setores que precisam ajudar a educação (assistência social, inclusão e saúde), como também das famílias dos seus educandos e da própria Secretaria Municipal da Educação, que interfere na avaliação do trabalho pedagógico, mas não oferece o apoio necessário.

Foi sugerido pelo grupo que a dissertação de Mendes (2011), seja encaminhada a Secretária de Educação do Município de Porto Alegre para que a situação torne-se de conhecimento público, embora tenham colocado que não acreditem que a melhora da saúde do professor se constitua em um objetivo para o poder público.

Quanto à avaliação da formação, muitos professores falaram diretamente com a pesquisadora explicitando que haviam gostado bastante do tema do modo como foi feita a dinâmica de apresentação, referiram-se também a relevância deste assunto e de como careciam de espaços de formação e planejamento em serviço em que pudessem debater mais sobre sua profissão e aspectos que realmente os ajudassem em sua prática docente.

A pesquisadora também avaliou como muito positiva esta formação, considerando bastante gratificante ter este momento de compartilhar conhecimento com seus pares que contribuíram de forma tão honesta e aberta.



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Observando-se as repercussões aqui descritas pode-se inferir que este grupo esteja interessado em participar de um programa de formação continuada voltado para tópicos que efetivamente pudessem instrumentalizá-los a melhor resolver os problemas que enfrentam em seu cotidiano profissional que também tem reflexos em sua vida/saúde pessoal.

COMENTÁRIOS FINAIS

Retomando-se o objetivo deste estudo, que foi o de detectar e analisar as condições de saúde, mal-estar e bem-estar de professores de uma escola da Rede Municipal de Ensino de Porto Alegre, encontrou-se níveis preocupantes de afastamentos por motivo de doenças, embora os docentes que responderam aos questionários apresentaram uma tendência ao bem-estar, mesmo obtendo índices altos de estresse e exaustão.

Durante a pesquisa foi demonstrado que houve na escola pesquisada um percentual alto de professores em licença para tratamento de saúde (LTS) no primeiro semestre de 2010. Também foi levantado que, em um intervalo de dez anos (1998 e 2008), houve um progressivo aumento das LTS em toda a Rede. Todos estes números indicam que há uma deterioração ocorrida no bem-estar e na saúde docente, o que faz parte de um cenário mundial e não exclusivo da Rede. Também não teve-se notícias, pelo menos explícitas, de medidas ou programas, por parte da Secretaria Municipal da Educação, em especial conjuntamente com a Secretaria Municipal da Saúde, para revisão e reversão deste quadro.

Com a análise do questionário de avaliação dos indicadores de mal/bem-estar docente, ficou expresso que os participantes do estudo apresentaram índices elevados de estresse e exaustão, mas, ainda assim, sentem-se entusiasmados com sua profissão e revelam uma crença na importância de seu trabalho para a construção de uma sociedade melhor, que lhes fortalece como pessoa e faz com que tenham bem-estar, provavelmente por apresentarem resiliência e estratégias positivas de enfrentamento e superação, entre elas possivelmente o apoio de familiares, colegas e da direção.

Para que exista uma melhora concreta das condições de saúde destes professores existem elementos constituintes de seu ofício que precisam ser modificados. Alguns destes itens precisam de investimento em políticas públicas em nível sistêmico, prescindindo da ação direta dos professores, para que possam ser alterados e superados, quais sejam: a



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

violência escolar; a burocracia instituída como parte do trabalho; o excesso de alunos na sala; os baixos salários e um plano de carreira deficitário; a formação deficitária; os recursos materiais e didáticos escassos; o excesso de períodos semanais em sala de aula, sobrando pouco espaço para o planejamento pedagógico individual e coletivo; um serviço de saúde técnico que não auxilia diretamente nos problemas de saúde dos professores, entre outros.

Indiretamente, para que estas mudanças aconteçam, é necessária a atuação mais cidadã destes docentes, em suas organizações de classe e nas instituições em que atuam, para firmar os posicionamentos que favoreçam sua condição profissional, com isso também qualificando o ensino e a aprendizagem.

Em contrapartida, existem situações do contexto escolar que podem ser modificadas pelo próprio professor, tais como: qualificação das relações interpessoais com colegas, educandos e famílias; busca de sua formação continuada; construção de parcerias de trabalho com colegas e estudantes a fim de superar o individualismo e a fragmentação; gerenciamento da relação trabalho X vida pessoal, organizando tempo para ambos; busca do autoconhecimento para melhor lidar consigo e ter mais alteridade; e conhecimento do cotidiano dos estudantes e do local onde eles vivem para melhor situar sua prática pedagógica nesta realidade.

Após as reflexões e análises dos contextos já apresentados, pode-se perceber que a questão da saúde dos docentes desvela fatos muito preocupantes, pois os adoecimentos se ampliam, as condições de trabalho degradam-se e ainda faltam avanços e progressos a serem construídos no que tange à saúde docente. Principalmente, no que diz respeito às relações interpessoais e o bem-estar, vê-se que as carências são muitas e que os caminhos a serem percorridos por educadores, educandos, gestores, famílias e sistemas de ensino ainda são longos, para se chegar às soluções para estes problemas.

Nos processos de construção de um cotidiano escolar mais produtivo, significativo e de sucesso para todos, são necessárias ações e medidas em diversas esferas: a governamental (políticas públicas e investimentos), a gestão escolar (programas de formação continuada e enfoque no sucesso), a comunidade (participação ativa na escola) e a associação de professores, constituindo grupos de estudos e trabalho, tendo como dimensão norteadora as relações humanas calcadas no afeto e na empatia. Assim sendo, os professores sentir-se-ão mais apreciados, modificando a atual condição de estarem



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

docentes estressados, mas ainda acreditando em seu trabalho, para educadores valorizados e com sucesso pessoal e profissional.

REFERÊNCIAS

- Conceição, J. A. N. (coord.) (1994). *Saúde Escolar: a criança, a vida e a escola*. São Paulo: Sarvier.
- Esteve, J. M. (1999). *O mal-estar docente: a sala de aula e a saúde dos professores*. Bauru: EDUSC.
- Esteve, J. M. (2005). Bem-estar e saúde docente. *Revista PRELAC-Educação para todos*. Escritório Regional de Educação da UNESCO para a América Latina e o Caribe. OREALC/UNESCO, Santiago- Chile, 1(ano I) 116- 33.
- Gasparini, S. M., Barreto, S. M., & Assunção, A. A. (2005). O professor, as condições de trabalho e os efeitos sobre sua saúde. *Educação e Pesquisa*, São Paulo, 2(31) 189-199.
- Jesus, S. N. de (1996). *A motivação para Profissão Docente. Contributo para a clarificação de situações de mal-estar e para a fundamentação de estratégias de formação de professores*. Aveiro: Estante Editora.
- Jesus, S. N. de (1998). *Bem-estar dos professores. Estratégias para realização e desenvolvimento profissional*. Porto: Porto Editora.
- Jesus, S. N. de (2007). *Professor sem stress: realização profissional e bem-estar*. Porto Alegre: Mediação.
- Jesus, S. N. de, Rezende M. (2009). Saúde e bem-estar. In Cruz, J., Jesus, S. N. de, & Nunes, C (coord.). *Bem-estar e qualidade de vida: contributos da Psicologia da Saúde*. Porto: Textiverso.
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Mendes, A. R. (2011). *Saúde docente: uma realidade detectada – em direção ao bem-estar e a realização profissional*. Dissertação (Mestrado em Educação), Faculdade de Educação da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- Mosquera, J. J. M., & Stobäus, C. D. (2001). O mal-estar na docência: causas e conseqüências. *Revista da ADPPUCRS*, Porto Alegre, (29) 33- 34.



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

- Mosquera, J. J. M., & Stobäus, C. D. (2008). O professor, personalidade saudável e relações interpessoais: por uma educação para a afetividade. In Enricone, D. (org.) *Ser professor*. Porto Alegre: EDIPUCRS.
- Organização Mundial da Saúde. *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados à Saúde – CID-10*, 2008. Acesso 27/9/2011, em <http://www.datasus.gov.br/cid10/v2008/cid10.htm>
- Seligman, M. E. P. (2011). *Florescer: uma nova compreensão sobre a natureza da felicidade e do bem-estar*. Rio de Janeiro: Objetiva.
- Seligman, M. E. P., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology. *American Psychologist*, 1(55) 5-14.
- Siqueira, M. J. T., & Ferreira, E. R. (2003). Saúde das professoras das séries iniciais: o que o gênero tem a ver com isso? *Psicologia, Ciência e Profissão*, 3(23) 76-83.
- Tavares, J. (org.) (2001). *Resiliência e educação*. São Paulo: Cortez Editora.



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Sexualidade em pauta: grupo operativo com adolescentes na escola

Catheline Rubim Brandolt ¹

Daniela Bach Rizzatti ¹

Fernanda Pires Jaeger ¹

¹ Centro Universitário Franciscano (UNIFRA)

RESUMO

Este trabalho tem por objetivo promover um espaço de discussão sobre a temática sexualidade junto com adolescentes no âmbito escolar. O estudo foi realizado a partir do trabalho desenvolvido para a execução do Estágio Básico II, em uma escola da comunidade de Santa Maria (RS). O trabalho desenvolvido serviu como fonte a idéia de grupo operativo, aplicando dinâmicas de grupo, debates sobre temas de sexualidade e outras atividades com os jovens. O desígnio é apresentar a importância que existe em melhorar a educação sexual e social dos adolescentes, contribuindo para o conhecimento geral de suas saúdes. Nos resultados obtidos, a realização de um grupo operativo foi de extrema relevância, sendo possível o diálogo e a troca de relação entre os integrantes do mesmo.

Palavras-chave: Adolescente; Sexualidade; Educação Social; Grupo Operativo.

1. INTRODUÇÃO

Conforme previsto em sala de aula para a execução do Estágio Básico II, foi efetuada a prática de construção e desenvolvimento de grupos (observação e coordenação dos mesmos), sendo que o público envolvido encontra-se inserido no contexto social-comunitário, onde o local destinado à prática das técnicas grupais foi uma escola pública dentro da comunidade na cidade de Santa Maria, RS.



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Para auxiliar no embasamento teórico e também na prática, a construção da proposta, fora utilizado o conceito de grupo operativo de Pichón-Revière citado por Gayotto (1995) o qual seria como uma ferramenta que se apóia na rede de vínculos sociais ao qual o sujeito está inserido, no caso ele constrói o mundo e se constrói neste mundo, ou seja, a inserção do indivíduo no grupo.

Além de se obter como fonte para fundamentação do plano e dos relatórios semanais o auxílio de artigos de revistas especializadas, científicas, livros como o de Suplicy (2000) constituíram o referencial que auxiliou sobre os temas que envolvessem a questão da sexualidade na adolescência dentro do ambiente escolar.

O presente trabalho teve por objetivo promover um espaço de discussão sobre a temática sexualidade junto com adolescentes. Assim como visou proporcionar um espaço de problematização sobre sexualidade e a própria adolescência; discutir com os jovens sobre mitos e tabus que envolvam a temática da sexualidade. Dessa forma, é avaliada a demanda existente a respeito do tema escolhido, sendo visto que as crenças estabelecidas na cultura envolvida são súbitas, interligando com a escassez de educação da saúde.

2. METODOLOGIA

Como proposto pela orientação o objetivo do Estágio Básico II é a construção, coordenação de grupos, onde para o desenvolvimento das atividades fora realizado pelo uso do que Pichon-Rivière (citado em Gayotto, 1995) conceituou como Grupo Operativo, o qual é caracterizado por um conjunto de pessoas que encontram-se ligadas a um objetivo, no mesmo espaço e tempo, as quais se propõe a realização da tarefa comum para o grupo, sendo que estão articuladas por sua mútua representação interna (as ansiedades, resistências a mudança, os medos) e externa (o objeto de conhecimento, informação) .

Normalmente existem nos grupos as noções de pré-tarefa (na qual aparecem os medos básicos e ansiedade, assim como as várias formas de não querer entrar na tarefa), a tarefa (dividida em: logística, que seria o que chamamos de resistência à mudança; estratégia, o planejamento de longo alcance; tática, as formas de emprego do plano na prática e a técnica, os diferentes recursos e as formas como são utilizados para se operar no campo) e o projeto (quando o grupo se propõe objetivos que vão mais além do que o aqui - agora, planejamento para um futuro) (GAYOTTO, 1995).



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Segundo Pichón-Rivière (1988), a articulação a nível grupal ocorre em dois níveis: um vertical (voltado mais para história pessoal de cada integrante, ou seja, é o trabalho interno de cada integrante desse grupo, aquilo que abrange questões do inconsciente, ansiedades, resistências a mudanças) e o horizontal (que é dada pelo grupo, no caso é o denominador comum que os une, envolve questões do externo, ou seja, da sociedade, as crenças).

Dessa forma os participantes do grupo interatuam utilizando o jogo de atribuição e assunção de papéis, os quais não são estáticos sendo, portanto, que todos podem assumir papéis complementares e suplementares (PICHÓN-RIVIÈRE, 1988).

Em suma, o grupo operativo possibilita as pessoas a pensarem, refletirem a romper com os estereótipos, acarretando em uma reaprendizagem, em um reaprender a pensar, provocando então alguma mudança nesses sujeitos.

4. RESULTADOS E DISCUSSÕES

As primeiras sessões do grupo acabaram não ocorrendo, pois o local deste em um primeiro momento era destinado ao posto de saúde presente naquela comunidade. A experiência da espera e da frustração, oferecem às coordenadoras do grupo um momento de reflexão, contribuindo a um planejamento para as atividades póstumas:

Ficamos sentadas na entrada do posto onde vimos muitas pessoas para marcar exames e consultas, mas para as próximas duas semanas, pois a agenda da semana do dia 18 já estava lotada. Em seguida chegaram os estagiários da Fisioterapia para continuar os seus atendimentos domiciliares e a gente ainda continuava lá, esperando... esperando por alguém, mas nada. Pela segunda vez alguém que não pertencia ao posto como funcionários se aproximou de nós, infelizmente era para o atendimento individual da Psicologia, aí sim ficamos então frustradas pelo ‘não’ sutil recebido pela população alvo de nosso grupo. Assim como pensamentos do que fazer, para onde ir dominavam nossas conversas assim como também as conversas que estávamos tendo com as estagiárias da Psicologia que esperavam seus pacientes chegarem, (Relatório 2)



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Laplanche (1992) traz o termo frustração como uma condição do sujeito na qual é recusada, ou recusa a si mesmo a uma satisfação de uma exigência. A ausência ou a presença de um estímulo agradável, muitas vezes o termo designa de fato uma relação que implica recusa, a qual pode ser vinda por parte do agente como também de alguma exigência formulada mais ou menos em uma demanda por parte dos sujeitos.

Por isso fora designado um novo contato, porém dessa vez com a escola da comunidade, então a mesma solicitou a intervenção da Psicologia com os adolescentes abordando o tema da Sexualidade.

Conforme o Manual de atenção à saúde do adolescente (2006), os grupos com adolescentes tendem a ser um espaço para expressão desses jovens assim como um lugar onde ele compreenda, contribua e vice-versa. Portanto, estes grupos estão estruturados e acabam por se auto-sustentar nos eixos norteadores de incentivo ao vínculo, aspecto lúdico das atividades, protagonismo (o adolescente como agente de suas ações e de suas idéias) e interatividade.

(...) em seguida, demos início a uma dinâmica de apresentação; antes do iniciarmos um dos garotos questionava o porquê ele tinha que fazer, pra que fazer a dinâmica, na qual a função era conseguir extrair alguma informação sobre o que eles entendiam sobre Sexualidade, mas como uma regra do próprio grupo eles se calaram, ou diziam que não sabiam nada porque eram burros, ou seja, a dinâmica serviu apenas para conhecermos os seus nomes e idades. Mas através dessa forma de burlar nossas idéias iniciais, partiu de nós falarmos um pouco do que seria essa sexualidade, nesse meio tempo o burburinho aumentou, porém quando falamos que a sexualidade não é só o sexo em si o silêncio se fez presente ali, pela primeira vez parecia que realmente estávamos sendo ouvidas por eles. (Relatório 3)

No artigo de Araújo, Rocha e Armond (2008), adolescência é percebida com o um período necessário e início do desenvolvimento humano, tão importante quanto à infância



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

e a idade adulta. Esse processo é fundamentado não somente no forte componente físico-corporal decorrente de um processo evolutivo, mas também de processos produzidos no âmbito da sociedade, definindo -se e modificando -se na interação com seus diversos componentes - econômicos, institucionais, político-éticos, culturais, físico-ambientais. É no concreto da vida, na construção/reconstrução e apropriação ou não de seus bens e valores materiais e culturais, na interação desse com processos somáticos, genéticos e físico-ambientais que se definem os diversos modos de vida adolescente. Nesse contexto, família, escola e sociedade como um todo, influenciam e sofrem influência do processo de adolecer numa perspectiva do que se viveu no passado, experimenta no presente e espera para o futuro.

Knobel (1992) estudando, minuciosamente, a característica do ajustamento psicossocial na adolescência, identificou, dentre essas, a tendência grupal. O autor afirma que o espírito de grupo entre os adolescentes se manifesta pela busca de suas identidades próprias. Recorrem, com o comportamento defensivo, a certa uniformidade grupal, superidentificação em massa que pode proporcionar segurança e estima pessoal. As atuações desse grupo com seus integrantes representam a oposição às figuras parentais e uma maneira ativa de determinar alguma identidade diferente do que a do meio familiar.

Para Beirão (2003), a tendência grupal é necessária para construir sua nova identidade para o adolescente, tornando-o independente da família. Assim, o grupo oferecendo segurança e auto-estima, contribui para o rompimento entre a família e o indivíduo em questão. O adolescente então desfaz esses vínculos e parte na busca de si, junto com outros que vivenciam o mesmo processo longe da família, a fim de ser reconhecido no ambiente o qual se encontra, sem obstrução parental.

De acordo com LAPLANCHE (1995) citado por GOZZO et al. (2000), a noção de sexualidade não deve ser apenas relacionada a questões do ato sexual (aparelho genital), mas sim de uma ampla série de atividades que proporcionam prazer, satisfação e excitações, que varia de acordo de acordo com os aspectos culturais de cada indivíduo.

Conforme Gozzo et.al (2000), a relação sexual para a espécie humana é algo que pode ser considerada como necessidade básica, onde cabe a cada um a opção de realizá-lo ou não e assim como decidir quando sente-se apto a praticar, assim como com o seu parceiro.

A primeira pergunta era: ``fazer sexo todos os dias faz



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

bem?`. Minha resposta, como coordenadora logo foi: ``O que vocês acham?`. Queríamos saber se algum deles tinha uma opinião formada. (relatorio 4)

Depois de fazer à dinâmica, pegamos à caixa de perguntas e abrimos para discutir sobre as mesmas. Havia algumas perguntas, uma era a pergunta sobre o que ser sexo, outra se era bom. A terceira pergunta era o que seria a paixão.(relatorio 7)

Essas perguntas só vieram a confirmar as idéias do espaço e como é abordado o tema sexualidade na escola, ainda por pré-conceitos e tabus, não deixando espaço para a expressão dos jovens, através de perguntas simples como estas, mas que rodeiam sua construção de identidade.

Segundo Jardim e Brêtas (2006) a Orientação sexual é mais voltada a uma intervenção sistemática na área da sexualidade realizada em grande parte pela escola, e Educação Sexual é algo mais informal, aprendido ao longo da vida seja pela família, mídia, livros, religião. A Educação Sexual é prioridade da família, pois é a chave para a estruturação da identificação de gênero e desempenho dos papéis sexuais dos filhos. Independentemente da ausência ou presença da família sobre conversas sobre o assunto, o jovem encontra-se cercado por uma série de fontes que lhes oferecem informações, algumas até mesmo distorcidas. A abordagem na escola envolve mais as questões biológicas, as doenças sexualmente transmissíveis e que não envolvem os questionamentos dos alunos, a necessidade de chamar a atenção do adolescente deve ocorrer usando de questões que envolvem sentimentos, valores, a moral dos mesmos.

Segundo Suplicy (2000) uma outra possível dificuldade envolve os pais conversando sobre sexualidade com seus filhos, pois abrange a questão de que estes devem defrontar com a sua própria sexualidade, o que pode trazer muitos aspectos que foram reprimidos. E outra fonte abrangida é a forma em que os jovens questionam os pais sobre o tema, pois antigamente as famílias sabiam o que era certo e errado, hoje os valores sexuais encontram-se no meio de muita modificação.

Nos últimos encontros ficara mais evidente a questão das diferenças de gênero, embora esta já houvesse aparecido desde o nosso primeiro encontro, porém em menor



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

intensidade.

Os adolescentes estavam indubitavelmente agitados principalmente os guris que formam a maioria dos participantes (10 meninos e 5 meninas), eles não paravam de conversar entre si e implicar com as meninas, acontecendo o mesmo em relação a elas com eles. (Relatório 3)

Segundo Toledo (2008), antes de esclarecer a diferença de gênero deve-se, sobretudo, racionalizar sobre as questões históricas que deram ensejo a essa dicotomia. A relação de homens e mulheres seguem padrões assimétricos oriundos de um contexto formador da construção social de ambos. A desigualdade das mulheres é um processo que começa com a divisão sexual do trabalho e se consolida com a constituição dos gêneros sociais: se você é mulher, tem de fazer determinadas coisas, se é homem, outras.

Foi possível ver a dificuldade de trabalhar em cima de um assunto tão complexo, ainda atualmente, com a mistura de gênero no relato 4:

Ou seja, tem-se a necessidade em manter o grupo unido e que eles entendem da semelhança que um tem com o outro sobre a tarefa, que seria o tema e as dúvidas sobre. Infelizmente, tivemos a conclusão de que, para obtermos sucesso na grupoterapia, seria necessário separar os gêneros. Nas conversas que estávamos tendo, os meninos estavam implicando com as meninas e vice-versa. Não estava tendo respeito entre eles. Tentamos “quebrar” o gelo, tirar aquela corrente que metaforicamente havia, porém não foi possível. (Relatório 4)

Nessa sessão, houve conflitos e discussões acerca da dinâmica que foi abordada. Ambas coordenadoras quiseram separar os grupos em sexos. Porém, após conversar melhor e relatar para orientadora do estágio, descobriu-se que seria a favor tanto para os integrantes do grupo quanto para as próprias coordenadoras se continuassem os encontros com todos juntos. O motivo seria para que cada um conhecesse e começasse a aceitar a



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

opção pessoal e às crenças internas sobre dadas questões apresentadas.

Na antiguidade, o homem era considerado o mantenedor, o provedor da família, enquanto a mulher aliada a figura de geradora, introjetou a vergonha pelo corpo, a repressão sexual, condicionada a subalternidade. Enquanto o homem ganhava o dinheiro para a manutenção da família e incorporação de bens materiais, a mulher geria a casa, cuidava dos filhos e do marido, porém nada recebia por isso. Contudo nas últimas décadas as mulheres galgam para o novo sistema econômico como participantes necessárias de uma mão de obra ativa, diante da situação de desemprego dos maridos e a busca de uma complementação da renda familiar face à perda do poder aquisitivo, neste terreno árido encontram as diferenças salariais e condições de trabalho, ainda vigentes pelo contexto histórico (ARAUJO, A.; ROCHA, R. L.; ARMOND, L. C, 2008).

Comentamos sobre a dinâmica e esclarecemos como era. Dissemos que necessitaria em separar em dois grupos, um feminino e outro masculino. O masculino teria que escrever os prós e contra em ser mulher e o grupo feminino escreveria os prós e contra em ser homem. Deixamo-los discutirem por 15 minutos. Mais tarde, pegamos os papeis dos grupos e lemos em voz alta e debatemos sobre. O das meninas foi muito interessante. Elas escreveram que os prós em ser homem, era que eles tinham o pênis. O contra foi escrito que eles não gostam de se arrumar e também que eles não têm interesse para nada. Os meninos logo objetaram, falando que depende muito do homem a qual elas estão falando. Que não poderia generalizar. O dos meninos, os prós *foram que meninas podem ver meninas, e outro que foi escrito apenas por “sacanagem”, dizendo que menina possui dois furos. Logo, uma de nós perguntou: quais furos seriam esses? E a resposta foi de imediato: Ah, a boca, o nariz. E então, perguntamos: Ok, mas vocês não têm boca nem nariz então? De imediato, todos começaram a rir. Os contra foram escritos que os meninos urinam em pé. Outro contra era que as meninas menstruavam. (Relatório 7)*



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

A princípio, eles quase não se ouviam, mas aos poucos quando eram questionados se sabiam de quem se tratava logo ficaram quietos e prestaram atenção no que os colegas iam lendo. Enfim, todos escreveram e debatemos sobre a realização da dinâmica. Quando questionados se foi fácil descobrir quem eram as pessoas, o adolescente P prontamente disse que “sim”, acompanhado por mais dois adolescentes (o J e D). Segundo eles “é fácil sôras, por que a gente anda no mesmo grupo”.

(...) Enquanto isso as meninas disseram que não tinha sido tão fácil, porém elas não erraram nenhuma das apostas. Nesse meio tempo, o adolescente J e I conversavam, aí quando solicitado a dividirem com o grupo, eles disseram: “Dava pra descobrir de quem era também por causa do jeito que a pessoa ficava, tipo, a adolescente A ficou toda vermelha enquanto o adolescente L lia, daí ficou fácil!”. Uma das coordenadoras falou: “Então é mais fácil ficar observando a expressão do outro, do que ao invés conhecer as características dos colegas?”. As repostas foram que “não, mas quando não se conhece o outro é mais fácil ficar de olho no que ele faz” (adolescentes J, I e D). (Relatório 6)

Conforme Cole e Cole (2003), em primeiro lugar surge a amizade, que nessa fase (a adolescência) compreende a questão de compartilhar os mesmos interesses, valores, crenças e atitudes, sendo bastante caracterizada pela relação inicial entre duas pessoas. O grupo já corresponde à reunião de muitas pessoas que compartilham interesses similares, sendo na grande maioria do mesmo sexo, sendo agrupamentos os quais estes jovens são livres para deixar de pertencer a ele e unir-se a outro. Outra forma de agrupamento é a turma, sendo que esta pode ter dois tipos, um formado a partir de grupos de amigos e o outro baseado na reputação, muito encontrado no âmbito escolar, onde se comportam de maneiras específicas que caracterizam/ identificam aquela turma.

Através de dinâmicas o desenvolvimento da comunicação entre esses jovens tornou-se restrita a subgrupos, aos poucos a maneira de expressão corporal, muitas vezes já



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

servia como fonte de comunicação entre todos do grupo. “Comunicar é por em comunhão idéias, pensamentos, fantasias, desejos. Tornar comum não significa necessariamente concordância ou conformismo, também é comunicação na discordância, na diferença” (GIFFONI *apud* RIGOBELLO, p.100).

Nesse meio tempo, o adolescente J e I conversavam, aí quando solicitado a dividirem com o grupo, eles disseram: “Dava pra descobrir de quem era também por causa do jeito que a pessoa ficava, tipo, a adolescente A ficou toda vermelha enquanto o adolescente L lia, daí ficou fácil!”. Uma das coordenadoras falou: “Então é mais fácil ficar observando a expressão do outro, do que ao invés conhecer as características dos colegas?”. As repostas foram que “não, mas quando não se conhece o outro é mais fácil ficar de olho no que ele faz” (adolescentes J, I e D). (Relatório 6)

Segundo Fávero e Abrão (2006) muitas vezes a mudança entre a linguagem verbal e a corporal, manifesta-se diferentemente entre meninos e meninas, os garotos voltam-se para o grupo e mantêm o seu olhar para o mesmo, relacionando uma cumplicidade entre eles quando se encontram a frente de garotas em um mesmo grupo.

Durante o desenrolar do grupo, este passou por um momento de ruptura, no caso, alguns jovens foram submetidos a irem para um outro grupo que desenvolveu temática parecida com a que estávamos desenvolvendo. Com isso pela primeira vez podemos perceber e também nos preocupar com a resistência, mais precisamente resistência à mudança.

Como de costume, os jovens foram chamados nas salas de aula e se direcionam para o local onde o grupo se encontra, mas ao chegarem lá, estava presente junto a nós a orientadora H que lhes comunicou a notícia. Para nossa surpresa, alguns dos jovens se manifestaram contrário, como na fala da adolescente R: eu não quero ir, quero ficar. Eu gosto desse grupo! ; ou na expressão facial dos meninos, que não estavam satisfeitos com a decisão. Alguns minutos foram perdidos ali, mas os que tinham sido destinados ao outro grupo para lá foram após algumas resistências. Antes de



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

saírem, alguns dos jovens vieram em nossa direção, apertaram nossas mãos e nos abraçaram. No momento, ficamos lisonjeadas, mas depois de uma discussão sobre o estágio ocorrido, pensamos que também podia ser uma resistência à mudança. (Relatório 5)

Segundo Morgan (1976), a resistência à mudança, é o comportamento que pretende proteger o indivíduo dos efeitos de uma modificação real ou imaginária, ou seja, os adolescentes que foram chamados puderam ter tido essa resistência para com o grupo. Tiveram o medo de se deparar com o desconhecido novamente, com o início de outro processo, sair de um grupo que já havia obtido certo vínculo, para entrar em outro completamente diferente (SCHEIN, 1982).

5. CONCLUSÃO

Os objetivos propostos no plano de estágio foram alcançados na íntegra. Constatamos que ao coordenar o grupo este obteve algumas mudanças no desenrolar do estágio. Em primeiro lugar, o ambiente escolar proporciona uma gama de variáveis como demandas a serem discutidas dentro de um grupo composto por adolescentes. Assim como a necessidade de auxílio que surge por parte da escola para se tratar o tema sexualidade é vista abertamente, uma vez que as próprias orientadoras explicitam o quão fora importante a abertura desse espaço proposto pelas estagiárias de Psicologia. As mesmas orientadoras solicitaram a necessidade de uma continuação da proposta com esses grupos, para se manter o que fora construído com esses jovens.

Em relação à participação dos adolescentes, acabou por ser desenvolvida aos poucos conforme as sessões iam passando. Foi possível observar o movimento dos papéis na maioria das vezes de forma muito nítida, e que se alternava de sessão para sessão, a noção de vínculo se estabeleceu fortemente por parte dos jovens. A pertinência e afiliação estabeleceram-se de maneira mais intensa principalmente a partir da divisão de alguns membros do grupo que foram designados a outro grupo.

Fundamentalmente, através das dinâmicas voltadas para a temática da Sexualidade apresentaram o fator da diferença de gênero como principal característica desse grupo. Conforme então observado, buscamos abordar com os jovens o quão presente nos seus cotidianos essa diferença aparece, e formas de possibilitar a diminuição dessas desigualdades no grupo. Isso apresentou grandes resultados no final do trabalho,



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

mostrando ser de suma importância essa união de gênero dentro desse tipo de grupo, sendo uma forma para aprender a lidar com diferença de gênero na própria sociedade existente no mundo afora.

O trabalho proporcionou uma aprendizagem mútua, seja por parte dos jovens que receberam informações sobre aspectos e temáticas sobre sexualidade, como para nós, pois nos deparamos com uma realidade diferente a qual estamos acostumadas. Presenciamos e desenvolvemos o início de um trabalho em uma comunidade que se encontra em vulnerabilidade.

REFERÊNCIAS

- Araujo, A.; Rocha, R. L.; Armond, L. C. (2008). Da tendência aos grupos operativos com adolescentes: a identificação dos pares facilitando o processo de orientação e educação em saúde. Ver. Med Minas Gerais, 18 ed. p 123-130.
- Cano, M.A.T.; Ferriani, M.das G.C.; Gomes, R. (2000). Sexualidade na adolescência: um estudo bibliográfico. Rev.latino am. enfermagem, Ribeirão Preto, v. 8, n. 2, p. 18-24, abril.
- Cole, M., Cole, S. (2003). O desenvolvimento da criança e do adolescente.4.ed., Porto Alegre: Artmed.
- Fávero, M.H., Abrão, L.G.M. (2006). “Malhando o gênero”: o grupo focal e os atos da fala na interação de adolescente com a telenovela. Rev.: Psicologia: Teoria e Pesquisa, v. 22 n. 2, p. 175-182, mai – ago.
- Gayotto, M.L.C.; Domingues, I. (1995). Liderança: aprenda a mudar em grupo. 3.ed. Petrópolis: Vozes.
- Gozzo, T.O.; Fustinoni, S.M.; Barbieri, M.; Roehr, W.M.; Freitas, I.A. (200). Sexualidade feminina: compreendendo seu significado. Rev.latino-am.enfermagem, Ribeirão Preto, v. 8, n. 3, p. 84-90.
- Jardim, D. P.; Bêtras, J. R. da S. (2006). Orientação sexual na escola: a concepção dos professores de Jandira – SP. Revista Brasileira de Enfermagem, n. 59, v. 2, p. 157-62, mar./abr.
- Knobel, M. (1992). A síndrome da adolescência normal. In: Aberastury A ,Knobel M. Adolescência normal.10 ed. Porto Alegre: Artes Medicas; 1992.p.24—59.
- Laplanche,J. Vocabulário da Psicanálise. Trad.: Pedro Tamen. São Paulo: Martins Fontes.



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Leal, M.M.; Saito, M.I.(2008).Adolescência Prevenção e risco. Síndrome da Adolescência Normal. 2.ed.São Paulo: Atheneu (cap. 10).

Manual de atenção à saúde do adolescente. (2006). Secretaria da Saúde. Coordenação de Desenvolvimento de Programas e Políticas de Saúde- CODEPPS. São Paulo: SMS.

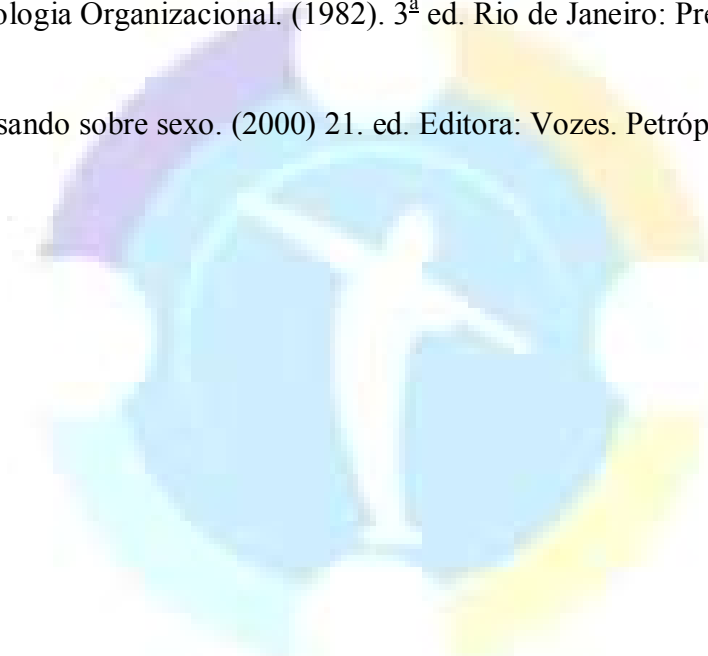
Morgan, John S. Administração da Mudança: As Estratégias para Tirar Proveito da Mudança. (1976). Rio de Janeiro: Zahar Editores.

Pichón-Riivière, E. (1988). O processo grupal.Trad.: Marco Aurélio Fernandez Velloso. 3.ed. São Paulo: Martins Fontes.

Toledo, Cecilia. Mulheres: O gênero nos une, e a classe nos divide. 2. ed. 2008.

Schein, Edgar. Psicologia Organizacional. (1982). 3^a ed. Rio de Janeiro: Prentice Hall do Brasil Ltda.

Suplicy, M. Conversando sobre sexo. (2000) 21. ed. Editora: Vozes. Petrópolis, RJ.





III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Sexualidade na escola: um relato de experiência

Meiridiane Domingues de Deus ¹

Márcia Elisa Jager ¹

Anelise Schaurich dos Santos ¹

Ana Cristina Garcia Dias ¹

¹ Universidade Federal de Santa Maria (UFSM)

RESUMO

O presente trabalho tem por objetivo relatar a experiência de uma palestra sobre sexualidade, realizada para um grupo de 45 alunos da 6ª série do ensino fundamental. Esta atividade faz parte do projeto de extensão Escola, Saúde e Desenvolvimento Humano da Universidade Federal de Santa Maria – UFSM. Este tem por objetivo prestar um serviço de orientação na área de Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano, através da realização de palestras para pais, professores, técnicos e alunos, conforme a demanda e interesse de cada instituição escolar. Este relato de experiência traz informações de uma palestra sobre sexualidade, destinada alunos da 6ª série do ensino fundamental, matriculados em uma escola estadual, de um município do interior do Rio Grande do Sul. Através dos questionamentos realizados pelos alunos, pode-se perceber dúvidas relacionadas principalmente a contracepção, funcionamento do próprio corpo, mudanças corporais e masturbação. Verifica-se a importância tanto do suporte familiar como das escolas e serviços de saúde no acolhimento e esclarecimento das dúvidas dos jovens, com objetivo de promover saúde através de diálogos abertos e com uma linguagem acessível aos adolescentes.

Palavras- chave: Adolescência; Sexualidade; Escola.



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

INTRODUÇÃO

A adolescência é o período do desenvolvimento humano que se caracteriza pela transição entre a infância e a vida adulta, que envolve mudanças cognitivas, biológicas, sociais e emocionais (Santrock, 2003; Bock, 2002). Essa fase vem acompanhada de descobertas e desafios, variadas vivências e expectativas que influenciarão o modo de pensar e agir do adolescente, que se prepara para assumir as responsabilidades da vida adulta (Rodrigues *et al.*, 2010).

A adolescência se inicia com a puberdade. Esta é caracterizada, principalmente, por mudanças físicas. Estas dizem respeito a alterações corporais, aumento de peso e altura. Na puberdade também acontece a maturação sexual, definida por mudanças nos órgãos reprodutores e nas características sexuais secundárias, como aparecimento de pêlos faciais e corporais, em meninos e crescimento dos seios, em meninas. Essas mudanças que ocorrem no corpo dos adolescentes podem afetar seu desenvolvimento psicológico, pois as intensas modificações afetam sua imagem corporal, ocasionam alterações de humor e podem gerar angústias e desconfortos. Estes aspectos fazem com que a sexualidade se torne uma questão central nesta etapa do desenvolvimento (Kail, 2004).

É de fundamental importância a participação e acompanhamento dos pais, da escola e dos serviços de saúde nesta etapa da vida, em função do interesse que os jovens apresentam sobre diferentes temas, entre eles a sexualidade. Estudos mostram que há uma parcela de adolescentes que engravidam sem planejamento prévio, o que pode ser avaliado como algo decorrente da falta de informação sobre sexualidade e contracepção e das dificuldades de acesso aos serviços de saúde (Guimarães, Vieira & Palmeira 2003).

Neste contexto, a família tem importante papel, pois o adolescente constrói sua identidade sexual e social, através da visão de mundo e dos valores que herda dos seus pais ou cuidadores. A escola também se encontra envolvida com este processo, pois é o local onde os adolescentes passam a maior parte do tempo. O ambiente escolar é um espaço social importante, no qual os jovens entram em contato com outros valores, que podem se diferenciar ou mesmo contrastar com os ideais aprendidos na família. A partir disso os jovens passam a elaborar seus próprios valores e condutas. Neste sentido a escola tem o papel de oferecer ao adolescente possibilidades de experimentar vivências e realidades distintas daquelas que ele vivencia na família, objetivando complementar seu



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

desenvolvimento psicossocial (Bruns, Grassi & França, 1995; Rodrigues *et al*, 2010). Este trabalho tem como objetivo relatar uma experiência de uma palestra sobre adolescência e sexualidade, ministrada a alunos de 6º série de uma escola estadual.

MÉTODO

Foi realizada uma palestra expositivo-dialogada, ministrada pela segunda autora deste trabalho, para um grupo de 45 alunos da 6ª série do ensino fundamental, matriculados em uma escola estadual, de um município do interior do Rio Grande do Sul. Esta atividade faz parte do projeto de extensão Escola, Saúde e Desenvolvimento Humano da Universidade Federal de Santa Maria – UFSM. Esse projeto tem como objetivo prestar um serviço de orientação na área de Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano, através de palestras para pais, professores, técnicos e alunos, conforme a demanda e interesse de cada instituição escolar. Inicialmente, algumas escolas foram visitadas a fim de oferecer as atividades previstas no projeto de extensão. Essa escola, em particular, optou por receber uma palestra sobre sexualidade, destinada a alunos da 6º série do ensino fundamental. Na palestra, em um primeiro momento, buscou-se proporcionar uma reflexão sobre aspectos referentes à adolescência e suas características. Em seguida, foram discutidos fatores relacionados à sexualidade do adolescente, tais como: mudanças corporais, interesses pelo sexo oposto, atividade sexual, ocorrência da parentalidade durante a adolescência e formas de acesso à informação sobre métodos contraceptivos.

RESULTADOS

Durante a palestra, solicitou-se a participação dos alunos através da realização de perguntas, esclarecimentos de dúvidas sobre o tema que estava sendo exposto, porém ninguém se manifestou. Em função do assunto ainda ser tratado como um tabu no ambiente escolar, familiar e na sociedade, em geral, o silêncio dos adolescentes pode ter sido decorrente da vergonha dos jovens em tratar tema em grupo. Assim, essas perguntas foram trabalhadas durante a palestra, o que foi realizado de forma anônima, através da escrita das mesmas em bilhetes a palestrante.



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

A adolescência é tida como um período de exploração e experimentações, de fantasias e realidades sexuais, o que faz da sexualidade, um tema central na vida dos adolescentes. Durante este período, os jovens sentem uma grande curiosidade pelos mistérios do sexo (Santrock, 2003). É notória a importância dada para o conhecimento do corpo, independente se for o seu ou do sexo oposto, na busca de descobrir sua sexualidade (Camargo & Ferrari, 2009). Durante esse período, é necessário haver um interesse por parte dos familiares e da escola em esclarecer, de maneira adequada, questões referentes à sexualidade dos jovens. Este esclarecimento deve acontecer sem incorrer imposições e discursos punitivos. É importante que tanto os pais quanto a escola, facilitem o diálogo sobre sexualidade com os jovens, através da adoção de uma postura aberta e de atenção àquilo que o adolescente expressa (Patias, Jager, Fiorin & Dias, no prelo). Assim, os jovens poderão se sentir compreendidos e acolhidos por seus pais e profissionais da escola. Na medida em que pais e professores tiverem conhecimentos sobre as dúvidas e fantasias dos adolescentes, o diálogo pode ser facilitado, aumentando as chances de um comportamento sexual seguro e consciente. Através dos questionamentos realizados pelos adolescentes, pode-se perceber que os estudantes permanecem com dúvidas sobre temas que são tratados no ambiente escolar, em disciplinas biológicas. Na devolução sobre a palestra realizada a direção da escola, houve surpresa em relação aos assuntos presentes nos questionamentos realizados pelos jovens. A direção da escola afirma que assuntos como mudanças corporais e funcionamento do corpo são trabalhadas nas disciplinas biológicas presentes na grade curricular dos alunos. Dúvidas sobre sexualidade e contracepção também causaram a mesma reação na direção escolar. A escola afirmou que são convidados, anualmente, profissionais da área da saúde, normalmente enfermeiros, para trabalhar assuntos relacionados à sexualidade e métodos contraceptivos com os alunos. Desta forma, questiona-se se a linguagem utilizada pelos professores e profissionais para trabalhar questões sobre sexualidade e como essa orientação é passada aos alunos. Até que ponto os professores e profissionais da saúde adotam uma postura aberta para que o diálogo com os adolescentes realmente aconteça? Além disso, também pode se questionar qual a capacidade de assimilação que os adolescentes apresentam sobre esse temas, que lhe mobilizam afetivamente?

A falta de conhecimento e informação dos processos do desenvolvimento humano faz surgir muitas dúvidas nos adolescentes, como foi constatado pelas perguntas anônimas



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

realizadas ao final da palestra: *“A masturbação feminina é comum?”*; *“Até que idade pára a masturbação?”*; *“Faz mal se masturbar?”*. Isto demonstra um desconhecimento dos aspectos relativos ao funcionamento do próprio corpo. As intensas transformações corporais fazem com que os adolescentes passem por momentos de angústia, confronto e crescentes sentimentos de excitação sexual. Uma maneira de lidar com essas sensações é através da autoestimulação, o que caracteriza a masturbação, utilizada frequentemente por muitos adolescentes (Santrock, 2003).

O desconhecimento de que essas mudanças no corpo são provenientes de alterações hormonais, não decorrentes do fato do adolescente ter tido ou não relações sexuais pode ser observado nas seguintes perguntas realizadas pelos adolescentes: *“É verdade que quando a menina perde a virgindade elas botam mais corpo?”*; *“Se a menina fizer sexo cedo pode ter um problema quando estiver grande?”*. Isto denuncia a percepção de que o sexo precoce trará problemas no futuro, levando a crer que as crenças, os mitos e os tabus sobre sexualidade, identificados no contexto familiar, podem exercer significativa influência na prática sexual dos adolescentes (Sousa, Fernandes & Barroso, 2006). Além disso, os adolescentes desconhecem o funcionamento corporal (Altmann, 2007),

Alguns autores indicam que a falta de esclarecimento sobre aspectos da sexualidade perpassa questões familiares, pois os pais não oferecem as informações necessárias aos adolescentes. Para os pais, esta é uma tarefa exclusiva da escola e dos serviços de saúde (Guimarães, Vieira & Palmeira 2003; Sousa, Fernandes & Barroso, 2006). Além disso, existe a influência de elementos culturais sobre esse comportamento, pois a sexualidade, em nossa cultura, ainda é um tabu, um assunto proibido para ser discutido em determinados contextos.

Os adolescentes também realizaram perguntas como: *“É possível uma criança de 11 ou 12 anos ter filhos ou fazer filhos?”*; *“Se a menina não ficou mocinha ainda, e tem relação sem camisinha ela engravida?”*; *“Se a menstruação vir mais cedo, depois pode ter filho com nenhum problema?”*. Assim, constata-se que a vivência da sexualidade pode ser baseada em convicções falsas que podem desencadear consequências como a gravidez precoce e a exposição a doenças sexualmente transmissíveis (DSTs), (Sousa *et al*, 2006). Talvez essas dúvidas pudessem ser esclarecidas através do dialogo com os pais, entretanto muitos pais acreditam que ao conversar sobre sexualidade com seus filhos irão estimulá-los a prática do ato sexual. Motivados por este receio, eles não conversam com seus filhos



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

sobre o assunto ou se conversam passam informações errôneas e incompletas. Além disso, na tentativa de impedir que os filhos iniciem sua vida sexual, existe uma tendência dos pais amedrontarem seus filhos quanto à iniciação sexual precoce, o que acaba contribuindo para que os adolescentes fiquem expostos às consequências dessa falta de informação. (Heilborn & Cabral, 2006).

Percebe-se a importância da discussão desse tema para os adolescentes que, muitas vezes, não compartilham suas dúvidas com familiares e amigos por medo de críticas e repressões (Levandowski & Schmidt, 2010). Isto pode ser percebido pelo modo como alguns adolescentes avaliaram a palestra: *“Legal, por que tirou nossas dúvidas, por que os pais, na maioria, têm vergonha de falar”*; *“Eu gostei muito, aprendi coisas que eu não tenho coragem de falar com meus pais foi muito legal mesmo”*; *“A palestra foi muito legal tirei dúvidas que me cercavam, e eu tinha medo de pedir para meus pais e acabava pedindo a amigos”*. Este tipo de informação fundamenta a necessidade de efetivação de espaços de intervenções junto a adolescentes, no que se refere à sexualidade. A efetivação de programas de educação sexual nas escolas, bem como a criação de espaços para que os adolescentes possam expor suas dúvidas, pode contribuir para a prevenção de gravidez indesejada e a ocorrência de DSTs (Santrock, 2003).

Além disso, através de ações destes programas é possível trabalhar aspectos para além da contracepção. As perguntas realizadas pelos adolescentes evidenciam que suas dúvidas em relação à sexualidade extrapolam métodos contraceptivos e discussões sobre gravidez na adolescência: *“Hoje em dia o ‘sexo’ é uma diversão ou sério quando os ambos querem?”*; *“Amor é só a relação sexual?”*. Estas dúvidas não são tiradas através de explicações sobre métodos contraceptivos, mas podem ser debatidas por profissionais de saúde e pelos próprios adolescentes em um espaço aberto de discussões.

A palestra realizada foi muito bem avaliada pelos alunos. A maneira com que se abordou o assunto, que foi realizada com naturalidade, considerando que a sexualidade é parte da vida e das preocupações dos adolescentes. Adotou-se uma postura de respeito às dúvidas dos jovens, o que trouxe bons resultados. Para se trabalhar com adolescentes, o respeito à diversidade e às características próprias da idade auxiliam no trabalho realizado e nas discussões implementadas no grupo. A abertura para que dúvidas fossem tiradas anonimamente garantiu que a palestra tomasse um rumo diferente, daquele anteriormente previsto. Os adolescentes encontram dificuldades de se expor no grupo de iguais,



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

principalmente em assuntos que envolvem a sexualidade, por receio de punições e chacotas dos colegas.

Muitas dúvidas sobre contracepção e mudanças corporais se fizeram presentes. Isto dificultou uma argumentação aprofundada por parte da palestrante, em função da falta de domínio teórico sobre o tema. Além disso, constatou-se a necessidade de realização de um trabalho sistemático e interdisciplinar para abordar o assunto. Por exemplo, seria interessante ter profissionais da área de enfermagem e de medicina também presentes nessas atividades. Ressalta-se que a linguagem utilizada pelos profissionais que trabalham com adolescentes deve ser adequada, proporcionando um ambiente acolhedor e aberto para a retirada de dúvidas. Além disso, devido a complexidade do tema e das demandas identificadas nessa palestra constata-se a necessidade de realização de trabalho mais sistemática, com diversos encontros, nos quais possam ser trabalhados continuamente esses temas.

CONCLUSÕES

Através deste relato de experiência é possível concluir a importância de espaços de discussão sobre sexualidade, para jovens. Constata-se também a importância da família, em manter um diálogo aberto com os adolescentes, de maneira a ajudá-los a esclarecer suas dúvidas e auxiliá-los a minimizar suas angústias, que derivam das diversas transformações que vivenciam neste período. Os pais devem estar cientes que não cabe somente à escola e aos serviços de saúde disponibilizar uma orientação em relação à sexualidade. A família deve proporcionar oportunidades de diálogo sobre o tema com os adolescentes. As escolas cabe a responsabilidade de proporcionar espaços de discussão sobre sexualidade, a fim de desmistificar convicções falsas e fantasiosas sobre o tema.

Além da família e escola, os serviços de saúde também têm papel importante neste processo de orientação sexual dos jovens. Os profissionais que trabalham nesses serviços, devem estar engajados no esclarecimento, na escuta e na elaboração de programas de prevenção que proporcione aos adolescentes, uma ampliação do conhecimento sobre o tema. Para isso, esses profissionais devem ter uma linguagem adequada e acessível aos jovens, a fim de transmitir as informações de uma maneira acessível.



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Salienta-se a importância de discussões sobre o tema e a necessidade de ampliação de espaços de discussão sobre sexualidade, entre os adolescentes que, muitas vezes, têm dúvidas sobre o funcionamento do seu próprio corpo e incertezas que vão além do uso de métodos contraceptivos. Projetos pedagógicos que incluam palestras, oficinas sistemáticas e atividades lúdicas é uma sugestão interessante para o trabalho sobre sexualidade de adolescentes. Porém, chama-se a atenção para que estas ações não sejam feitas em períodos isolados, mas sim se constituam em uma atividade sistemáticas e continuadas previstas não longo do ano letivo dos alunos. Além disso, grupos de discussões com pais e professores sobre sexualidade adolescente também são estratégias interessantes de ser realizadas. Desmistificar a sexualidade como sinônimo de sexo é um dos primeiros passos para que discussões sobre esse tema tomem outro rumo e adquiram novos sentidos. Pais e professores comumente tratam a sexualidade como o ato sexual em si, porém esse tema é mais amplo, implica na constituição da personalidade do sujeito, nas mudanças corporais, na construção dos relacionamentos afetivos amplos, etc. Entretanto, atividades com adolescentes, pais e professores devem ser planejadas e direcionadas por profissionais capacitados, com o devido aprofundamento teórico, metodológico e ético sobre a temática que será abordada.

REFERÊNCIAS

- Altmann, H. (2007). Educação sexual e primeira relação sexual: entre expectativas e prescrições. *Revista Estudos Feministas*, 15 (2), 333-356.
- Bock, A. M. B. (2002). Adolescência: tornar-se jovem . In A.M. B. Bock; O. Furtado & M. L. T. Teixeira (orgs), *Psicologias: Uma Introdução ao estudo de Psicologia* (pp 290-360). São Paulo: Saraiva.
- Bruns, M. A. T.; Grassi, M. F. C. , & França, C. (1995). Educação sexual nua visão mais abrangente. *Revista Brasileira de sexualidade humana*, 6 (1), 60-66.
- Camargo, E. A. I. & Ferrari, R. A. P. (2009). Adolescentes: conhecimentos sobre sexualidade antes e após a participação em oficinas de prevenção. *Revista Ciência e saúde coletiva*, 14 (3), 937-946.



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

- Fernandes, J. F. P.; Sousa, L. B. & Barroso, M.G.T.(2004) Repercussão da gravidez no contexto sócio-familiar da adolescente - uma experiência. *Revista Acta Paulista de Enfermagem*. São Paulo, 17 (4), 400-6.
- Guimarães, A. M. A. M.; Vieira, M. J. & Palmeira, J. (2003). As Informações dos adolescentes sobre métodos anticoncepcionais. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 11 (2), 293-298.
- Heilborn, M. L. & Cabral, C. S. (2006). “Parentalidade juvenil: transição condensada para a vida adulta”. In A.A. Camarano. (org.). *Transição para a vida adulta ou vida adulta em transição?* (pp. 225-256). Rio de Janeiro, IPEA.
- Kalil, R.V. (2004). *A criança*. São Paulo: Prentice Hall.
- Levandowski, D. C. & Schmidt, M. M. (2010). Oficina sobre sexualidade e namoro para pré-adolescentes. *Revista Paidéia*, 20 (47), 431-436.
- Patias, N. D.; Jager, M. E; Fiorin, P. C. & Dias, A. C. G. (no prelo). Gestações na adolescência: multiplicidade de experiências em uma unidade básica de saúde de Santa Maria/RS. *Revista Internacional Interdisciplinar INTERthesis*, 9 (1).
- Rodrigues, M. G. S.; Consetino, S. F.; Rosseto, M.; Maia, K. M.; Pautz, M. & Silva, V. C. (2010). Oficinas educativas em sexualidade do adolescente: a escola como cenário. *Revista de Enfermería Global*, 20 pp 0-0.
- Santrock, J. W. (2003). *Adolescência*. Rio de Janeiro: LTC.
- Sousa, L. B.; Fernandes, J. F. P. & Barroso, M. G. T. (2006). Sexualidade na adolescência: análise da influência de fatores culturais presentes no contexto familiar. *Revista Acta Paulista de Enfermagem*, 19 (4), 408-413.



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Significados atribuídos ao surgimento da doença cardíaca: um estudo exploratório e descritivo

Shana Hastenpflug Wottrich ¹

Alberto Manuel Quintana ²

Carmen Leontina Ojeda Ocampo Moré ¹

¹ Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC)

² Universidade Federal de Santa Maria (UFSM)

RESUMO

Trata-se de um estudo exploratório e descritivo, cujo objetivo foi compreender os significados atribuídos ao surgimento da doença cardíaca para pacientes pré-cirúrgicos. Realizaram-se entrevistas semi-estruturadas individuais com 15 pacientes pré-cirúrgicos cardíacos (nove homens e seis mulheres). O número de entrevistados foi concebido a partir do critério de saturação teórica dos dados. As informações foram analisadas tendo como referência a análise de conteúdo. Dentre os significados atribuídos ao surgimento da doença cardíaca pelos pacientes, destacam-se nos relatos a referência à influência de desígnios divinos, hábitos deletérios à saúde, fatores emocionais e hereditariedade. Independentemente dos fatores atribuídos para o surgimento da doença, os relatos parecem estar perpassados por uma postura dicotômica: ora o sujeito apropria-se da responsabilidade sobre o seu quadro de saúde e ora atribui ao externo o seu adoecimento, retirando a responsabilidade de si mesmo. Considerando-se que tal atitude dicotômica pode influenciar as medidas de cuidados e o tratamento à doença exercido pelos indivíduos pesquisados, advoga-se que os significados atribuídos à doença cardíaca sejam mais amplamente estudados. A realização de trabalhos nesta temática podem oferecer subsídios para a formulação de políticas públicas que contemplem o princípio da integralidade.

Palavras-chave: Psicologia; cardiologia; etiologia.



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

INTRODUÇÃO

A representação das doenças, pelos sujeitos por elas acometidos, carrega marcas do universo simbólico em que tais sujeitos estão inseridos (Ferreira, 1994; Helman, 2009; Minayo, 2010). Isso significa dizer que o reconhecimento da doença não se dá apenas num nível individual, mas depende das representações sociais circulantes nos diferentes contextos sócio-culturais. Nesse sentido, os significados do corpo superam a ordem do biológico, estando vinculadas a interpretações específicas da realidade (Ferreira, 1995).

No que diz respeito à atribuição de causalidade para as doenças em geral, nas sociedades ocidentais contemporâneas, os fatores endógenos concebidos como causadores do adoecimento dizem respeito a processos biológicos orgânicos ou a lesões oriundas de uma carga hereditária ou de descuidos com a saúde. Tais processos também são explicados através de interpretações concebidas socialmente, em que a doença é oriunda de desígnios divinos, fatalidade ou desordem, e por sua vez, é alavancada por desobediência ou quebra de normas e tabus coletivos (Minayo, 2010).

Observa-se que a concepção de doença, via entendimento da ciência médica, muitas vezes, difere da concepção socialmente construída a partir de interpretações de grupos sociais específicos, e outras vezes a reafirma. Nesse contexto, há o uso de instituições, equipamentos e consultas médicas e, concomitantemente, a relativização dos conhecimentos tradicionais e a inserção da religiosidade como parâmetros para a atribuição de significados no âmbito da saúde e da doença (Minayo, 2010). Tais significados, segundo Reis e Fradique (2010), representam a dimensão social dos significados atribuídos à doença, que se juntam às dimensões biológica, psicológica e biopsicossocial, configurando um complexo campo de inter-relações para o entendimento da doença a partir do olhar da sociedade laica.

No caso da doença cardíaca, as implicações das representações atribuídas ao coração, culturalmente, trazem repercussões às representações sobre o adoecimento. O coração não é apenas concebido como um órgão vital, que bombeia sangue para os demais órgãos do corpo, mas também como a sede da vida, das emoções, do caráter do indivíduo (Oliveira, 2008). Assim, não raramente, os sintomas da doença são associados a questões de ordem emocional, ou seja, tanto emoções positivas, quanto negativas, podem ser consideradas pelos sujeitos como associadas ao comprometimento da saúde do coração



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

(Bonomo & Araújo, 2009). Ainda, considerando-se que o coração é o órgão que traz uma resposta concreta ao stress físico ou psicológico, entende-se que o stress pode ser pensado como um fator de risco para a doença cardíaca (Ongaro, 2002). Nesse sentido, muitas vezes, fatores estressantes ambientais e internos podem ser concebidos como os geradores da crise do adoecimento (Oliveira & Luz, 1992).

O processo de reconhecimento da patologia cardíaca é complexo, sendo que nem sempre os sintomas são atribuídos a um problema cardíaco pelos indivíduos acometidos pela doença. Tal processo depende de uma série de fatores, dentre eles: sinalizações do corpo, fatores psicológicos e fatores situacionais (Brink, Karlson, & Hallberg, 2002).

Dentre os fatores psicológicos, estão os mecanismos de defesa psíquicos envolvidos, sendo a negação uma possível reação presente no contexto do adoecimento. Trata-se de uma consequência frequente ao choque psicológico, mediante o contato com a realidade da doença, que implica em redução dos níveis de ansiedade despertados pela situação (Botega, 2006). Nesse sentido, mostra-se presente certa ilusão de invulnerabilidade por partes dos sujeitos, na medida em que aceitar a sintomática pode significar aceitar a impossibilidade de controle do próprio corpo (Brink, Karlson, & Hallberg, 2002).

No caso da coronariopatia, a negação pode ser acentuada pelo fato da doença ter um desenvolvimento silencioso (Hirani, Pugsley, & Newman, 2006), com sintomas que podem confundir-se com outras doenças (Brink, Karlson, & Hallberg, 2002), sendo a seriedade dos sintomas desconsiderada (Bergvik, Sørli, & Wynn, 2010). Fica prejudicado, portanto, o adequado reconhecimento da patologia e a consequente busca por atendimento médico, que é, muitas vezes, realizada a partir da decisão de um familiar (Brink, Karlson, & Hallberg, 2002).

Sabe-se, no entanto, que pode haver uma maior consciência do acometimento da doença, por parte do paciente, na medida em que há um conhecimento dos fatores de risco para ela, tais como a herança genética (Brink, Karlson, & Hallberg, 2002). Outros fatores de risco coronariano conhecidos dizem respeito à hipercolesterolemia, ao diabetes, à hipertensão arterial, ao tabagismo, ao sedentarismo e ao stress (Oliveira & Ismael, 1990). Dessa forma, cabe ressaltar que a doença cardíaca, especialmente a doença coronariana, é multifatorial, ou seja, o adoecimento é frequentemente produto de uma série de fatores que interagem entre si e se complementam (Campos, 1992).



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

A partir dessas considerações, este trabalho tem como objetivo compreender os significados atribuídos ao surgimento da doença cardíaca para pacientes pré-cirúrgicos.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo exploratório e descritivo. Participaram deste estudo 15 pacientes pré-cirúrgicos cardíacos, nove homens e seis mulheres, cujas idades variaram de 47 a 73 anos. Tais pacientes deveriam ter indicação para a realização da cirurgia em período não superior a seis meses a partir da data do contato. Foram excluídos do estudo pacientes menores de 18 anos, que não residissem na cidade de realização do estudo e que em função de disfunções físicas não pudessem falar.

A coleta dos dados foi realizada através de entrevistas semi-estruturadas individuais (Minayo, 2010), em que os participantes eram convidados a falar sobre suas experiências. As entrevistas eram estruturadas de forma a parecer o mais próximo possível de uma conversa informal, em que os participantes eram convidados a falarem sobre a experiência do adoecimento. O número de entrevistados foi concebido a partir do critério de saturação teórica dos dados, segundo o qual, quando novas informações não são integradas às já presentes, é finalizada a coleta dos dados (Turato, 2008).

Os participantes foram contatados em um ambulatório de cardiologia, mediante indicação da equipe médica, em consultas de rotina. Após intermediação da equipe médica, os pacientes eram convidados a conversarem com o pesquisador em uma sala privativa. Respeitou-se a voluntariedade e a disponibilidade dos mesmos. Após as referidas explicações sobre a pesquisa, solicitou-se consentimento verbal e escrito, com a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. As entrevistas foram gravadas, incluindo o consentimento verbalizado pelos participantes, e, posteriormente, transcritas. As informações foram analisadas tendo como referência a análise de conteúdo (Bardin, 2008; Turato, 2008), buscando resgatar através da análise os temas abordados de forma expressa e latente (Turato, 2008).

Foram seguidas as recomendações éticas da Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, que normatiza as condições das pesquisas que envolvem seres humanos. As atividades de campo previstas em tal pesquisa apenas ocorreram após a



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

aprovação pelo comitê de ética da instituição em que foi realizada, sendo o projeto aprovado sob número CAAE 0174.0.243.000-09. Com o objetivo de preservar o anonimato dos participantes, as falas ilustrativas das categorias serão seguidas da seguinte legenda: M ou F (Masculino ou Feminino), seguido da idade.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Há vários significados atribuídos pelos pacientes para o surgimento da doença cardíaca. Dentre eles, destaca-se a atribuição da doença a desígnios divinos, expondo, como na primeira fala abaixo, a ideia de que o adoecimento significa um castigo divino por algo cometido pelo paciente (Minayo, 2010).

“Deus castiga... Quando Deus manda castigo, o cara merece. E eu mereço, também, né?”(risos). (M1, 48 anos)

E sobre a, agora volto de novo, sobre a religião, sobre o meu conhecimento: é uma prova e eu vou ter que aceitar ela e abraçar e agradecer a Deus pela prova que eu tenho, né. Que a vida não pode ser só coisa boa, não. Se for só o que é bom, quando deixar esse mundo aqui o que vai dizer lá. Porque quando terminar, porque a terra não vai consumir, ela vai consumir o corpo. Mas, o espírito não, o espírito vai ter que se comunicar com alguém. (M6, 73 anos)

Na segunda fala, a doença parece ser significada como uma provação. Nesse escopo, superar a doença pode implicar merecer ter a saúde. Tal via de explicação para a realidade da doença pode ser compreendida como tendo as suas origens em concepções muito antigas sobre saúde e doença, mágico-religiosas, em que a doença era explicada pela concepção de que resultaria de ações alheias sobre o organismo, resultado de ações pecaminosas ou de maldição (Scliar, 2007).

Outro aspecto enfatizado diz respeito a hábitos de vida deletérios à saúde, tais como o tabagismo e o etilismo, juntamente à noção de que um esforço exacerbado pode ter sobrecarregado o sistema cardiovascular. O primeiro relato que segue remete à impossibilidade de controle dos próprios hábitos atribuída pelo participante, que parece perceber-se numa situação em que impera um círculo vicioso: diante da fragilidade sentida, consola-se com o hábito do tabagismo, que considera deletério à sua saúde. Tal postura, por sua vez, acaba por fragilizar mais ainda o seu corpo.



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Eu sei que o culpado sou eu, eu sei que não deveria fumar, entendeu. Voltei a fumar, tinha parado. Voltei a fumar, fumo bastante, tu entendeu. Eu sei que essa doença é através disso tudo, entendeu. Porque o cigarro pra mim às vezes é um consolo, uma coisa que... tenho que fumar. Então, ao mesmo tempo eu fico me cobrando de mim. (M3, 47 anos)

Pois é, as veias. E ela [a médica] disse que não é gordura, é inflamação que ficou, foi lesionada e inflamou e secou e agora não dá pra desmanchar a inflamação. Eu creio que seja. Sempre forcejei muito. Eu morava pra fora e forcejava muito, depois metalúrgico também forcejava bastante, muito peso. Acho que é isso mesmo. (M2, 66 anos)

Depreende-se da segunda fala que há uma certa conciliação entre as causas atribuídas ao adoecimento pelo médico e pelo próprio sujeito, na medida em que o significado verbalizado por ele parece ser produto do compromisso entre essas duas perspectivas (Minayo, 2010).

O simbolismo do coração, no que diz respeito aos seus atributos afetivos (Oliveira, 2008), também emerge nas falas, pois alguns pacientes atribuem a doença à sobrecarga emocional (Perez, 1990). Junto a essa perspectiva, salienta-se o conhecimento, científica e popularmente difundido, de que o estresse configura-se em um fator de risco para o adoecimento (Oliveira & Ismael, 1990).

Porque isso aí tu vai guardando tudo dentro do teu coração, chega uma hora que tu explode. E eu vejo que é através daí que a gente cria a doença. É aí que aparece. (M3, 47 anos)

E o negócio começou a aumentar e eu tenho problema de estresse. Eu sou muito nervoso. Uma coisinha assim, às vezes, é tudo. [...] Mas eu sou muito nervoso, eu sou nervoso. Acho que foi isso que causou mais problemas. Eu me ataco dos nervos valendo. (M8, 50 anos)

A primeira fala remete à ideia de responsabilização do sujeito por sua doença. Apresenta-se a concepção de que a doença é oriunda da incapacidade de controle do sujeito sobre suas próprias emoções. Fica latente a ideia de que o sujeito coloca-se num lugar de onipotência, ou seja, que tem o controle sobre o que lhe acontece, no que diz respeito ao âmbito afetivo.



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Além das causas supracitadas, uma outra causa atribuída diz respeito a fatores hereditários.

Na minha casa, também, o problema é de família. O pai do meu pai morreu do coração, a mãe do meu pai morreu do coração, a minha mãe faleceu do coração, o meu pai faleceu do coração também. Então, também, é genético o meu problema, né. Eu tenho uma irmã minha também que foi consultar, que foi no médico e ele disse que ela tem angina. Já vem vindo, né. (M8, 50 anos)

Que o meu colesterol é de, é porque a minha mãe tinha, os meus familiares todos tinham. É de... Não adianta eu me cuidar. (F3, 68 anos)

Nesse escopo, é relevante destacar que, ao atribuir à hereditariedade, unicamente, a causa de sua doença, a última fala remete à abstenção da responsabilidade pelo quadro de saúde, por parte do paciente.

Cabe, também, ressaltar que a multifatorialidade de aspectos causadores do adoecimento também foi abordada por alguns participantes, salientando um entendimento de que a doença pode ser concebida como fruto de um processo de inter-relações entre fatores.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados descritos remetem a concepções de saúde e doença com matizes individuais, mas que são perpassadas por questões sócio-culturais. Tal realidade mostra-se presente na medida em que se evidenciam concepções religiosas sobre o adoecimento, envolvendo atribuições de culpa, em que a ideia de pecado ratifica-se.

O adoecimento, ainda, é atribuído à labilidade emocional dos sujeitos. Nesse ínterim, aparecem fantasias vinculadas à valoração cultural do órgão. Fala-se, assim, no coração enquanto sede dos sentimentos dos sujeitos, entendendo-se que a doença pode se instalar diante de dificuldades relacionadas ao manejo com as emoções.

A hereditariedade é outro fator citado. Pode-se pensar que esse fator é mencionado pelos sujeitos mediante a difusão da concepção biomédica sobre a doença e a apropriação de tais informações pelos doentes. Nesse contexto, ressalta-se a importância da comunicação entre médico e paciente, em que o primeiro tem o poder de disseminar informações sobre os mecanismos causadores da doença. Por outro lado, o paciente



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

apropria-se das informações, balizado por um entendimento singular do que vivencia. Destaca-se, assim, um compromisso entre as representações leiga e científica sobre a realidade.

Independentemente das origens atribuídas à doença, essas aparecem perpassadas por uma postura dicotômica: ora o sujeito apropria-se da responsabilidade sobre o seu quadro de saúde e ora atribui ao externo o seu adoecimento, retirando a responsabilidade de si mesmo. Considerando-se que tal atitude dicotômica pode influenciar as medidas de cuidados e o tratamento à doença exercido pelos indivíduos pesquisados, advoga-se que os significados atribuídos à doença cardíaca sejam mais amplamente estudados. Conclui-se que a realização de trabalhos nesta temática podem oferecer subsídios para a formulação de políticas públicas que contemplem o princípio da integralidade de cuidado em saúde no contexto da atenção terciária.

REFERÊNCIAS

- Bardin, L. (2008). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Ed. 70.
- Bergvik, S., Sørli, T., & Wynn, R. (2010). Approach and avoidance coping and regulatory focus in patients having coronary artery bypass surgery. *Journal of Health Psychology*, 15(6), 915-924.
- Bonomo, A. M. S., & Araújo, T.C.C.F. (2009). Psicologia aplicada à cardiologia. Um estudo sobre emoções relatadas em exame de holter. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 25(1), 65-74.
- Botega, N. J. (2006). Reação à doença e à hospitalização. In N. J. Botega (Ed.). *Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência* (pp. 49-66). Porto Alegre: Artmed, 2006.
- Brink, E., Karlson, B.W., & Hallberg, L.R.M. (2002). To be stricken with acute myocardial infarction: a grounded theory study of symptom perception and care-seeking behavior. *Journal of Health Psychology*, 7(5), 533-543.
- Campos, E. P. (1992). Aspectos psicossomáticos em cardiologia. In J. Mello Filho (Ed.). *Psicossomática hoje* (pp.234-252). Porto Alegre: Artes Médicas Sul.
- Ferreira, J. (1994). O corpo sócio. In P. C Alves, & M. C. de S. Minayo (Eds.). *Saúde e doença: Um olhar antropológico* (pp.101-111). Rio de Janeiro: Fiocruz.



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

- Ferreira, J. (1995). Semiologia do corpo. In O. F. Leal (Ed.). *Corpo e significado: Ensaio de antropologia social* (pp.89-104). Porto Alegre: Editora da UFRGS.
- Helman, C.B. (2009). *Cultura, saúde e doença*. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed.
- Hirani, S. P., Pugsley, W. B., & Newman, S.P. (2006). Illness representations of coronary artery disease: an empirical examination of the Illness Perception Questionnaire (IPQ) in patients undergoing surgery, angioplasty and medication. *British Journal of Health Psychology*, 11, 199-220.
- Minayo, M. C. de S. (2010). *O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec.
- Oliveira, M. F. P. (2008). Aspectos emergentes da psicologia em cardiologia no terceiro milênio. In: C. P. Almeida , & A. L. A. Ribeiro (Eds.). *Psicologia em cardiologia: Novas tendências* (pp.7-10). Campinas, SP: Alínea.
- Oliveira, M. F. P, & Ismael, S. M. C. (1990). Aspectos psicológicos do paciente coronariano. In B.W.R. Lamosa (Ed.). *Psicologia aplicada à cardiologia* (pp. 86-91). São Paulo: Fundo Editorial Byk.
- Oliveira, M. F. P, & Luz, P. L. (1992). O impacto da cirurgia cardíaca. In J. Mello Filho (Ed.). *Psicossomática hoje* (pp.252-257). Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1992.
- Ongaro, S. (2002). O doente coronariano e seus dinamismos psíquicos. In E. W. B. Romano (Ed.). *A prática da psicologia nos hospitais* (pp. 55-66). São Paulo: Pioneira Thomson Learning.
- Perez, G. H. (1990). Elementos para uma reflexão sobre a interação somática e psíquica na doença cardíaca. In B. W. R. Lamosa (Ed.). *Psicologia aplicada à cardiologia* (pp.24-35). São Paulo: Fundo Editorial Byk.
- Reis, J.C., & Fradique, F. S. (2010). Developmental levels in adult's conception of health and disease. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26(3), 493-504.
- Scliar, M. (2007). História do conceito de saúde. *Physis. Revista de Saúde Coletiva*, 17(1), 29-41.
- Turato, E. R. (2008). *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa*. Petrópolis: Vozes.



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

**Sobre a clínica ampliada em um ambiente de saúde pública: relato de uma
experiência de estágio**

Daiane Vargas de Oliveira ¹

Tatiane Cappelari Silveira ¹

Fernanda Real Dotto

Cristina Saling Kruel ¹

¹ Centro Universitário Franciscano (UNIFRA)

RESUMO

A realização deste trabalho ocorreu durante a prática de estágio curricular do Curso de Psicologia do Centro Universitário Franciscano (UNIFRA) e consiste em um relato de experiência. Objetiva-se, por meio deste, apresentar algumas das atividades desenvolvidas pelos estagiários com pacientes e seus familiares no ambulatório de um hospital municipal da cidade de Santa Maria/RS. Os instrumentos utilizados para atingir o referido objetivo foram o diário de campo e entrevista dialogada (nos casos de atendimentos individuais). No ambiente hospitalar foi possível desenvolver as seguintes atividades: acolhimento aos usuários do serviço em sala de espera; escuta dos pacientes pré e pós consultas médicas, odontológicas e fisioterápicas; psicoterapia breve focal; interconsulta, que consiste em um atendimento interdisciplinar. Por meio do trabalho realizado, foi possível constatar a importância do trabalho interdisciplinar no espaço ambulatorial, pois traz consigo a possibilidade de entrelaçar conhecimentos, beneficiando o paciente. Constatou-se também a falta de profissionais (psicólogos e enfermeiros) e a importância do apoio psicológico fornecido às pessoas que frequentam o ambulatório, bem como aos profissionais da saúde que trabalham neste espaço.

Palavras-chave: Hospital; Ambulatório; Acolhimento



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

INTRODUÇÃO

As políticas de humanização surgiram para dar atenção especial à prática dos profissionais de saúde para com a comunidade. A finalidade dessas políticas é proporcionar aos sujeitos um atendimento mais qualificado, que englobe uma perspectiva mais completa de ser humano, seu aspecto social, cultural e físico (Moreira, 2007).

Neste sentido, o ambiente ambulatorial traz à tona uma realidade de saúde pública que carrega consigo uma deficiência muito grande quando se trata de atendimentos humanizados. Muitas vezes percebe-se nestes ambientes o descumprimento dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), que é um direito adquirido pela população desde 1988, a partir da Oitava Conferência de Saúde no Brasil (Dallanora, Germani, Rodrigues & Rosa, 2009).

A partir desta realidade, o profissional de Psicologia se insere nestes locais com o propósito de contribuir para a melhora na qualidade do atendimento prestado aos usuários. Na sua prática, o profissional pode desenvolver atividades como o acolhimento, o atendimento individual e os grupos de sala de espera, além de contribuir para o bom relacionamento entre os membros da equipe e entre a equipe e a comunidade (Calvetti, Carvalho, Gil, Nardini & Souza, 2005).

Canella e Maldonado (2009) expõem que o conceito ampliado de atendimento ao sujeito vem aliado à importância fundamental de uma relação de cumplicidade em relação à equipe. De acordo com os autores, uma equipe unida em prol do trabalho, que troca informações sobre os pacientes e que conversa sobre os assuntos relacionados a eles, possui uma maior probabilidade de atingir um resultado satisfatório ao final do processo.

Portanto, o presente trabalho tem como objetivo apresentar algumas das atividades desenvolvidas por estagiários de Psicologia com pacientes e seus familiares. As atividades desenvolvidas foram: grupos de sala de espera, atendimento individual e acolhimento com o objetivo de proporcionar aos usuários um atendimento que englobasse o sujeito como um todo (físico e psíquico). Consequentemente, foi possível realizar intervenções mais humanizadas à medida que se trata de uma tentativa de não fragmentação do indivíduo, por meio da interdisciplinaridade. Tal característica é a principal proposta e desafio lançados pela clínica ampliada. As atividades foram desenvolvidas no ambulatório de um hospital



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

municipal da cidade de Santa Maria/RS, a fim de destacar o papel do psicólogo neste contexto.

DESENVOLVIMENTO

A partir da 8ª. Conferência de Saúde no Brasil, o conceito de saúde passou a ser muito mais abrangente que apenas a ausência de doença. Diante desta nova realidade, é necessário que haja uma reorganização dos serviços de saúde, bem como a capacitação dos profissionais que trabalham nessa área, a fim de fornecer atendimento humanizado e assistência integral aos usuários, melhorando assim a qualidade dos serviços prestados (Dallanora *et al.*, 2009).

No ambiente de sala de espera há a possibilidade de prover o cuidado humanizado e aproximar usuários e os profissionais. No momento da espera dos pacientes, os profissionais da Psicologia têm a oportunidade de desenvolver atividades que promovam o cuidado e a educação em saúde por meio de material informativo e grupos de sala de espera, dentre outras possibilidades. O objetivo das atividades citadas é garantir o acesso à informação e o acolhimento desses pacientes em um momento de espera, que pode ser difícil, e melhorar a inter-relação entre usuário, instituição e profissional de saúde (Dallanora *et al.*, 2009).

Ainda no ambiente ambulatorial, o acolhimento serve como porta de entrada para o oferecimento do serviço de Psicologia. Acolher não significa resolver todos os problemas do usuário, mas lhe proporcionar uma atenção, uma escuta inicial, que, por vezes, não é ofertada por outros profissionais. Trata-se de um instrumento, à medida que pode e deve ser utilizado por todos os profissionais da saúde, em todos os setores (Pereira, 2006).

O acolhimento funciona como uma estratégia de mudança no atendimento ao paciente e na busca pela melhoria desse atendimento. É ato importante o estabelecimento da relação entre usuário e profissional de saúde. O comportamento dos profissionais de saúde deve facilitar o processo de acolhimento dos usuários. Logo, são fatores importantes: postura ética, sigilo em relação à escuta da história do paciente, respeito às diferenças, valorização da participação do usuário, destituindo qualquer hierarquização que possa interferir no estabelecimento do vínculo entre profissional e usuário, e comportamento receptivo, dentre outros. Humanizar o atendimento significa estabelecer vínculos que fortaleçam a



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

responsabilização do paciente pela sua própria saúde; é o instrumento de trabalho que fortalece as relações humanas (Pereira, 2006).

Quando se trata de saúde coletiva, o atendimento pressupõe uma visão interdisciplinar, que aborda aspectos da qualidade de vida no processo de saúde/doença. Este movimento surge no intuito de valorizar questões mais abrangentes que apenas o sintoma, a dor ou até mesmo a perda. É uma prática que busca integrar a saúde física, psíquica e social do sujeito e que se baseia na prevenção e promoção de saúde. Assim, é importante que o profissional, ao se aproximar do usuário, seja capaz de agir e refletir sobre a sua prática (Calveti *et al.*, 2005).

A humanização desenvolvida nestes novos campos de atuação é proposta também pela área da Psicologia aliada ao conceito de clínica ampliada. Meira e Nunes (2005) relatam que atuar de acordo com esse conceito consiste em fazer Psicologia clínica onde houver demanda. Não se trata de desconsiderar a técnica, mas adaptá-la (ao espaço físico e às demandas do sujeito), sem se preocupar em necessariamente diagnosticar.

Além do exposto, a clínica é ampliada quando atende a todas as necessidades do sujeito, refere-se ao cuidado do sujeito em todas as suas instancias. Compreender como e de que forma as pessoas dão diferentes sentidos aos aspectos de sua realidade pode causar uma grande diferença, pois o processo saúde/doença está longe de ser apenas um aspecto biológico dos sujeitos. Este processo está intimamente relacionado com o contexto sócio cultural em que o sujeito está inserido. Logo, é necessário saber um pouco mais sobre ele, para além da sua possível patologia, saber sobre a sua subjetividade (Moraes & Traversso, 2004).

OBJETIVOS

O objetivo deste trabalho é relatar a experiência vivida durante o estágio curricular vinculado ao Curso de Psicologia, realizado no ambulatório de um hospital municipal localizado na cidade de Santa Maria/RS. Por meio do relato, buscou-se também explicitar as diferentes formas de atuação da Psicologia nesse local, mostrando que a clínica pode e deve ultrapassar as paredes da clínica tradicional em um ambiente ideal. Assim, pode-se fazer clínica e obter resultados satisfatórios de outras maneiras, em diversos lugares, como na sala de espera ou até mesmo no pátio, enquanto os usuários esperam pela consulta.



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

METODOLOGIA

Este trabalho se trata de um relato de experiência realizado a partir de um Estágio Curricular do Curso de Psicologia da UNIFRA. A carga horária total do estágio é de 204 horas e ele foi realizado no ambulatório de um hospital municipal da cidade de Santa Maria/RS, no período de agosto a dezembro de 2011.

O referido ambulatório atende pessoas da cidade de Santa Maria e região. Neste, foi realizado acolhimento aos usuários do serviço em sala de espera; escuta dos pacientes pré e pós consultas médicas, odontológicas e fisioterápicas; psicoterapia breve focal, e interconsulta, que consiste em um atendimento interdisciplinar.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dentre as atividades desenvolvidas durante o estágio, serão apresentadas a psicoterapia breve focal e o acolhimento dos usuários em sala de espera.

1. A terapia breve focal com usuários do ambulatório

Várias são as práticas que podem ser exercidas no ambiente ambulatorial. Aqui será apresentado um breve relato sobre a prática em atendimento psicoterápico breve focal, mantendo o cuidado com o sigilo e a proteção do paciente. Portanto, as informações relativas à queixa, história de vida e características pessoais do paciente não serão mencionadas. Os atendimentos foram realizados em dez sessões, entre os meses de outubro e dezembro de 2011.

Segundo Ramadam (2006), como a psicoterapia breve tem uma redução no processo, é preciso que o profissional seja seguro na sua técnica para delimitar o foco do processo e reconhecer o momento exato para realizar suas intervenções. Quando o profissional não está preparado, o processo pode ser confundido com o senso comum e o paciente poderá desacreditar da técnica do profissional. Existe o risco, também, de o terapeuta não conseguir atingir seu objetivo principal: fazer com que o paciente elabore seus conflitos e, com isso, ganhe mais autonomia.



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Nos primeiros encontros foi possível delimitar com o paciente o contrato, que engloba questões muito importantes sobre o atendimento. D’Acri (2009) explica que o que acontece nos primeiros contatos entre psicoterapeuta e paciente é importante para o processo terapêutico, assim, é preciso alguns cuidados na construção dessa relação. O estabelecimento do contrato de maneira clara e explícita faz parte desse cuidado, possibilita a comunicação e contribui para a construção da relação terapêutica.

Segundo Ramadam (2006), a psicoterapia breve no ambiente ambulatorial, bem como em outros locais, busca atender as demandas emergenciais dos pacientes que procuram atendimento. Em relação ao atendimento a este paciente, pôde ser percebido, ao longo da supervisão, como um desabafo emergencial do mesmo com a terapeuta. Havia uma extrema necessidade de falar sobre seu sofrimento, pois havia muitas questões, principalmente em relação a sua vida conjugal. O paciente relatava por vezes que saía mais aliviado e tranquilo das sessões, pois ali podia “pôr para fora” esse sofrimento (o que não podia ser feito em qualquer outro lugar).

Embora os atendimentos durem em torno de oito a dez sessões, é possível propiciar um espaço para reflexão nesses locais de estágio. As pessoas que procuram o serviço estão, em sua maioria, em grande sofrimento e com poucas condições financeiras de custear um tratamento. Assim, a escuta ofertada, por breve que seja, auxilia a pessoa a amenizar o seu sofrimento naquele momento, pois é um espaço propício para a verbalização e ressignificação desses sentimentos.

Alguns dias antes de finalizar o estágio, foram retomados com o paciente os pontos que haviam sido colocados nas primeiras sessões. Sem deixá-lo desamparado, ele foi questionado se estava interessado em continuar o tratamento e a resposta foi afirmativa. O paciente foi encaminhado para atendimento psicoterapêutico em uma universidade da cidade de Santa Maria.

2. A Sala de espera

Na sala de espera o profissional da Psicologia consegue estabelecer vínculos com a população. Trata-se de um espaço dinâmico, onde ocorrem vários fenômenos singulares, coletivos, psíquicos e culturais. Logo, pode-se dizer que esta aproximação do psicólogo em relação à população em sala de espera trata-se de uma forma de humanização no



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

atendimento e pode promover um menor desgaste físico e emocional nas pessoas que aguardam, já que a espera muitas vezes pode ser demorada, gerando ansiedade e angústia no paciente (Dallanora *et al.*, 2009)

Na sala de espera eram realizados grupos com os pacientes com intuito de amenizar o momento de espera pelas consultas, preenchendo este espaço com atividade que proporcionassem benefícios aos usuários do serviço. Esses grupos funcionavam como um espaço para interação entre os pacientes, que, por meio de dinâmicas, acabavam se envolvendo nas atividades propostas e esquecendo da tensão/ansiedade que antecede as consultas. De acordo com Davis e Wallbridge (1982), para Winnicott, o espaço de interação entre os sujeitos, onde a criatividade era estimulada e vivida, chama-se “espaço potencial”. Para este autor, qualquer atividade que estimule a criatividade está inserida nessa área. No espaço potencial, as tensões perdem sua importância e as experiências e comunicações mútuas geram saúde. Nesse espaço, ocorrem comunicações significativas e afetos. Os envolvidos deslocam-se para estados infantis, onde sensações intensas são trazidas à tona e, assim, sentem-se conscientes de sua real presença.

Nestes ambientes há relação próxima entre comunidade e profissional de saúde, onde podem ocorrer trocas entre os indivíduos e o meio. Na sala de espera é possível promover diálogo entre os usuários no ambiente em que se encontram, compartilhar experiências e conhecimentos acerca dos mais diversos assuntos. Não raro, os usuários não conhecem o problema pelo qual estão passando, devido ao vocabulário técnico dos médicos, dentre outros fatores. O estímulo do diálogo entre usuários contribui para a construção de conhecimento e entendimento, muitas vezes, do próprio “problema”. Deste modo, o profissional ganha experiência, podendo desfazer mitos e construir uma relação de corresponsabilidade com o paciente, assim o usuário ganha em qualidade de atendimento (Dallanora *et al.*, 2009).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

É de extrema importância o atendimento proporcionado aos usuários que chegam para o atendimento em consultas no ambulatório do hospital. Cada paciente chega de uma maneira e apresenta sua demanda de forma diferente. O paciente por vezes não apresenta



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

demanda, ou inicialmente não demonstra interesse no serviço de Psicologia, ainda que mais tarde se consiga perceber a necessidade deste.

Saber o que se faz é fundamental em qualquer campo de estágio, e em especial nesse ambiente, pois se trata de um espaço de inserção novo para a Psicologia. Assim, com frequência, nem mesmo o restante da equipe onde se está inserido tem uma noção real do que o psicólogo faz nestes espaços, sendo necessária disponibilidade por parte do estagiário para explicar a sua função e para poder trabalhar em equipe. É preciso aprender a lidar com sentimentos (como frustração, dúvida e angústia) que são despertados neste ambiente durante a vivência deste processo acadêmico/profissional.

Por fim, as atividades realizadas no ambiente ambulatorial são ricas tanto para usuários (que usufruem do serviço), quanto para os acadêmicos (que ganham na sua formação uma oportunidade única de criação e inovação em um espaço que ainda está sendo descoberto). Por ser um local de atuação novo para a Psicologia, é passível de mudanças, de novas estratégias e inovação, pois ainda está em construção. Novas ideias podem contribuir para a melhora do atendimento no serviço de saúde.

Por outra via, os usuários são beneficiados com a presença do serviço de Psicologia neste ambiente, que pode proporcionar a eles um atendimento diferenciado. Os outros profissionais, muitas vezes, não conseguem dar conta dessa demanda dos usuários do ambulatório, devido à falta de tempo e também por não possuírem o olhar que a Psicologia tem sobre o sujeito, focado na sua subjetividade e livre de julgamentos. Assim, finalizando, acredita-se que seja importante a inserção do serviço de Psicologia, a fim de contribuir com o atendimento ofertado à população.

REFERÊNCIAS

- Calvetti, P., Carvalho, F., Gil, M., Nardini, M., & Souza, A. (2005). A humanização no atendimento: Interfaces entre psicologia da saúde e saúde coletiva. *Boletim da saúde*, 19(2). 21-28. Recuperado em 11 abril, 2012, de http://www.sumarios.org/sites/default/files/pdfs/v19n2_06ahumanizacao.pdf
- Canela, P., & Maldonado, M. T. (2009). *Recursos de relacionamento para profissionais da saúde: A boa comunicação com clientes e seus familiares em consultórios, ambulatórios e hospitais*. São Paulo: Novo Conceito.



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

- D'acri, G. (2009). *Reflexões sobre o contrato terapêutico como instrumento de autorregulação do terapeuta*. Recuperado em 11 abril, 2012, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1809-68672009000100007&script=sci_arttext
- Dallanora, C., Germani, A., Rodrigues, A., & Rosa, J. (2009). Sala de espera: Um ambiente para efetivar educação em saúde. *Vivências*, 5(7), 101–106. Recuperado em 11 abril, 2012, de http://www.reitoria.uri.br/~vivencias/Numero_007/artigos/artigos_vivencias_07/Artigo_13.pdf
- Davis, M., & Wallbridge, D. (1982). *Limite e espaço: Uma introdução à obra de D.W.Winnicott*. Rio de Janeiro: Imago.
- Moreira, M. (2007). A construção da clínica ampliada na atenção básica. *Caderno Saúde Pública*, 23(7), 1735-1742.
- Nunes, M., & Meira, C. (2005). *Psicologia, Psicoterapia e o Estudante de Psicologia*. Recuperado em 11 abril, 2012, de <http://www.scielo.br/pdf/paideia/v15n32/03.pdf>
- Pereira, R. (2006). *O Acolhimento e a Estratégia Saúde da Família. Grupo de Estudos em Saúde da Família*. Recuperado em 24 novembro, 2011, de http://www.smmfc.org.br/gesf/RPAP_acolhimento_esf.htm
- Ramadam, Z. (2006). *Psicoterapia psicanalítica breve*. Porto Alegre: Artmed.
- Traversso, M., & Moraes, N. (2004). Reivindicando a subjetividade dos usuários da Rede Básica de Saúde: para uma humanização do atendimento. *Caderno Saúde Pública*, 20(1), 80-88.



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Suicídio através da ingestão de pesticidas: análise das produções científicas

Mariane da Silva Xavier ¹

Raíssa Ottes Vasconcelos ¹

Keity Laís Siepmann Soccol ¹

Cristiane Trivisiol da Silva ¹

Joze Karlem da Silva Teixeira ¹

Deise Marcuzzo ¹

Valquíria Toledo Souto ¹

Michele Raddatz ¹

Marlene Gomes Terra ¹

¹ Universidade Federal de Santa Maria (UFSM)

RESUMO:

Este estudo teve por objetivo buscar na produção científica brasileira sobre a temática de suicídio através da ingestão de pesticidas, visto que existem números expressivos de tentativas de suicídio usando este método e existe certa dificuldade em encontrar trabalhos que tratem do tema. O suicídio por si só já é um fator preocupante e os casos aumentam dia a dia, além disso, sua ligação com a depressão é um fator preocupante, pois esta também tem aumentado bastante. Os pesticidas quando usados corretamente podem trazer muitos benefícios, porém, em nosso país, o controle e formas de utilização são precários e causam um grande número de intoxicações. Dessas intoxicações, certa parte, se dá na forma de tentativas de suicídio. Tratou-se de uma pesquisa bibliográfica com abordagem exploratório-descritiva. Realizou-se um levantamento nas bases de dados LILACS e BDENF nos meses de setembro e outubro de 2011. As produções científicas encontradas foram sete analisadas de acordo com a análise temática, criando-se categorias e agrupando os dados de acordo com a semelhança semântica. Os resultados mostraram a necessidade de um programa de vigilância epidemiológica para melhor investigar estes eventos de ingestão voluntária de agrotóxicos na população rural da região. Outro estudo sobre representação sobre a depressão e a morte mostrou que a depressão foi ancorada em



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

elementos psico-afetivos, enquanto o suicídio foi objetivado pelo elemento morte, que representava uma fuga.

Palavras- chave: Saúde Mental; Suicídio.

INTRODUÇÃO E DESENVOLVIMENTO

Na psiquiatria clínica, o suicídio é considerado como uma ação consciente de extermínio auto-induzido, e é visto como uma patologia multidisciplinar. O auto-extermínio não ocorre de forma aleatória ou sem um objetivo. Para alguns sujeitos, representa a solução para uma situação que carrega consigo muita ansiedade e sofrimento (Sadock, 2007).

Nosso país é um grande mercado consumidor de pesticidas e seu uso indiscriminado é fato corriqueiro no dia a dia dos trabalhadores rurais que acabam com diferentes graus de intoxicação (Pires et al., 2005). Segundo dados publicados recentemente pelo Sistema Nacional de informações Tóxico farmacológicas (SINITOX) 2002, tivemos na região Sul, no ano de 2009, 1058 intoxicações por agrotóxicos de uso agrícola, sendo 378 por tentativas de suicídio somando 23 mortes. Além disso, tivemos 643 intoxicações por agrotóxicos de uso doméstico, sendo 105 tentativas de suicídio. Além de números expressivos, existe ainda a expectativa de que de além de cada caso registrado hajam outros cinquenta não registrados Pires et al] (2005).

Os pesticidas, também conhecidos como agrotóxicos, são defensivos agrícolas de ação tóxica que têm como ingredientes ativos compostos químicos formulados para controlar ou erradicar vetores de doenças animais, vegetais ou humanas, pragas (insetos, fungos, bactérias, ácaros) e ervas daninhas que competem com a cultura a ser comercializada (Diogo & Rafaela, 2006).

Em sua fala “Para além do bem e do mal”, Nietzsche (2001, p. 63) diz que “a idéia do suicídio é uma grande consolação: ajuda a suportar muitas noites más”. Como podemos ver nas palavras deste grande filósofo, a idéia suicídio é, muitas vezes, uma forma de conforto, uma solução rápida para as dificuldades encontradas diariamente.

Visto que os dados alarmantes das estéticas do uso de pesticidas e feitas algumas considerações sobre o suicídio, podemos encontrar no trabalho de Werneck et al.(2006)



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

que, no local estudado por eles 52% das tentativas de suicídio usaram a ingestão de pesticidas como meio destrutivo. Este dado vai de encontro diretamente com nossas inquietações visto que é um dado extremamente relevante e mostra que realmente os pesticidas estão presentes no cenário do suicídio. Além disso, no mesmo trabalho, encontramos que mulheres tendem a usar medicamentos e pesticidas na mesma proporção, todavia dois terços dos homens usaram pesticidas, o que também pode se tornar um dado relevante para uma análise de gênero em outros trabalhos.

Plenamente aceito por uns e repudiado por outros, o desprendimento de sua própria vida é algo que certamente mexe profundamente com valores e sentimentos do ser humano, ainda mais naqueles que já tiveram experiências próximas de tal fato. Como podemos perceber, essa prática permeia a humanidade há muitos séculos, tanto que já encontramos referência dela na bíblia Vieira & Coutinho. (2008).

Visto que os dados nos trazem números expressivos, e a produção sobre este tema é pequena, é de fundamental importância novos projetos que visem desvelar e entender causas e motivos destas ações, com as quais os trabalhadores visam ceifar suas próprias vidas.

OBJETIVOS

Este estudo teve por objetivo buscar na produção científica brasileira o que vem sendo produzido sobre o suicídio através da ingestão de pesticidas, visto que existem números expressivos de tentativas de suicídio utilizando pesticidas.

METODOLOGIA

Tratou-se de uma pesquisa bibliográfica com abordagem exploratório-descritiva acerca do que vem sendo produzido na literatura científica brasileira sobre o suicídio através da ingestão de pesticidas.

A pesquisa bibliográfica, baseada nos materiais publicados, permite uma cobertura ampla dos fenômenos estudados, relativamente maior do que o pesquisador conseguira pesquisando diretamente (Gil, 2002).

A busca foi desenvolvida no DECS (Descritores de Ciências da Saúde),



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

selecionando-se a opção “descriptor exato”, utilizando-se o descriptor “suicídio” e refinando a busca utilizando a palavra “pesticida” e o idioma “português”. O levantamento de dados foi realizado por meio da busca nas seguintes bases de dados, nesta ordem: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Base de Dados de Enfermagem (BDENF).

Os dados foram coletados no mês de setembro e outubro do ano de 2011. Não foi utilizado recorte temporal para que fosse possível ter acesso a um número ampliado de publicações.

Os critérios de inclusão restringiram a busca às produções brasileiras que abordavam a temática concernente a suicídio influenciado por pesticidas. E ainda compreendeu os artigos na íntegra e publicadas na forma *online*. Foram excluídos os artigos que não eram pesquisa original, teses e dissertações.

Em primeiro lugar, foi realizada a leitura dos títulos e resumos das publicações encontradas nas bases de dados, e a partir disso foram selecionados aqueles que atendem os critérios de inclusão e exclusão do presente projeto.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Com os resultados dessa busca, não foi encontrado nenhum artigo na BDENF, e foram encontrados sete artigos na LILACS, dos quais, destes sete artigos apenas dois correspondiam ao objetivo do trabalho. Não houve repetição de artigos nas duas bases selecionadas. Então, foram avaliados somente dois artigos encontrados na LILACS, cujo assunto correspondeu ao objetivo.

Em relação ao campo de desenvolvimento dos estudos, identificou-se que o hospital universitário foi o ambiente que abarcou metade destas atividades com 50% (n=1) das publicações, seguidas por uma população rural do estado do Mato Grosso do Sul com 50% (n=1) dos artigos.

Os artigos analisados foram encontrados a partir do ano de 2005, com 50% (n=1), sendo que em 2008 houve o mesmo número de publicações, 50% (n=1).

Somente em um estudo (Pires et al., 2005), mostrou a necessidade de um programa de vigilância epidemiológica para melhor investigar estes eventos de ingestão voluntária de agrotóxicos na população rural da região.



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

E em outro estudo sobre representação sobre a depressão e a morte, mostra que a depressão foi ancorada em elementos psico-afetivos, enquanto o suicídio foi objetivado pelo elemento morte, que representava uma fuga (Vieira & Coutinho, 2008).

Percebeu-se com o desenvolvimento deste estudo, que existem poucas publicações no que tange a esta temática. Além de que foram encontrados somente artigos quantitativos, não havendo nenhum tipo qualitativo.

CONCLUSÕES

Em um país agrícola como o Brasil, o uso indiscriminado de pesticidas é muito grande, além disso, a falta de fiscalização favorece o mau uso destes produtos, inclusive como maneira de suicídio.

O suicídio por si só é um tema de extrema importância, o suicídio por pesticidas é uma realidade que cresce por todo território nacional, no entanto, é um tema pouco estudado como mostra nossa pesquisa bibliográfica, o estudo deste tipo de suicídio é muito importante, pois dentre os muitos tipos de suicídios, este destaca-se pela facilidade de acesso, principalmente no meio rural.

Concluiu-se que existem poucos estudos que abordam essa temática, e há a necessidade de desenvolvimento de mais pesquisas envolvendo o suicídio, para que se possa auxiliar na educação e prevenção deste problema, investir na promoção da saúde, e quanto mais um tema é debatido pelo meio acadêmico, mais subsídios se tem para que ele seja visto com outros olhos pelos poderes competentes.

REFERÊNCIAS

- Sadock, B.J.; Sadock V.A. *Compêndio de Psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica*. Porto Alegre: ARTMED, 2007. www.psicmed.com.br/ghb_43.html
- Pires, D.X; Caldas, E.D.; Recena, M.C.P. Uso de agrotóxicos e suicídios no Estado do Mato Grosso do Sul, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 21(2):598-605, mar-abr, 2005. www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312011000300011&script=sci_arttext
- Diogo, T.; Rafaela, F. *Como funciona a contaminação dos solos*. Rio de Janeiro, FALTA



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

EDITORA, 2006. NÃO CONSEGUI ENCONTRAR A EDITORA!!

Gil, A.C. *Como elaborar projetos de pesquisa*. 4 ed. São Paulo: Atlas, 2002. www.hospitaleducacional.com/pesquisa/prj.pdf

Nietzsche, F.W. *Além do bem ou do mal*. Curitiba: Humus, 2001. 63 p. www.ppgerha.ufpr.br/.../files/090-Candice_Schauffert_Garcia.pdf

Vieira, K.F.L.; Coutinho, M.L. Representações sociais da depressão e do suicídio elaboradas por estudantes de psicologia. *Psicologia, ciência e profissão*; 28(4):714-727, dez. 2008. pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1414-98932008000400005

Werneck, G.L. et al . Tentativas de suicídio em um hospital geral no Rio de Janeiro, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 22(10):2201-2206, out, 2006. www.scielo.org/pdf/csp/v22n10/19.pdf





III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Trabalho e afastamento para motoristas de transporte coletivo urbano

Júlia Gonçalves ¹

Caroline Stumpf Buaes ²

Carmem Lúcia Colomé Beck ¹

¹ Universidade Federal de Santa Maria (UFSM)

² Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)

RESUMO

Os desequilíbrios entre condições e a organização do trabalho e a expectativa do trabalhador provocam o adoecimento e a impossibilidade de continuar exercendo sua função. Este artigo buscou entender os sentidos do trabalho e do afastamento por problemas de saúde mental produzidos por motoristas de transporte coletivo urbano. Para tanto foi realizado um estudo de caso em uma empresa no estado do Rio Grande do Sul. Os resultados apontam para o caráter polifônico das narrativas dos trabalhadores. O trabalho de motorista é associado à realização de um sonho, ao sustento e ao status conferido por ser motorista dessa empresa. A forte vinculação com o trabalho e com a empresa, assim como o sentimento gerado pelo olhar discriminatório do outro, potencializam o sofrimento vivido durante o afastamento. Nesse sentido, sinaliza-se a importância da criação de espaços na organização que promovam escuta, acolhimento, a qualidade de vida no trabalho e a circulação de discursos de saúde e bem-estar.

Palavras-chave: Sentido, Trabalho, Afastamento, Saúde do trabalhador.

O trabalho marca fortemente a existência humana com seus diferentes significados, sentidos e lugares ao longo da história. Atualmente, o tema Saúde do Trabalhador vem sendo foco de discussão em diferentes campos do conhecimento. É sabido que as condições de trabalho interferem nos estados psíquico, físico e biológico do trabalhador, e quando não são adequadas se traduzem em uma série de problemas de saúde física e mental. Quando falamos em transporte coletivo urbano, referimo-nos a um serviço que



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

atende a boa parte da população. Assim, sua qualidade reflete na melhoria de vida da população urbana, que utiliza diretamente esse serviço ou que, de alguma maneira, sofre suas interferências.

As repercussões do processo de trabalho sobre a saúde do trabalhador são derivadas tanto das condições de trabalho como de sua organização. Quando ocorrem desequilíbrios entre as condições de trabalho, a organização do trabalho e a expectativa do trabalhador, deparamo-nos com o adoecimento e a impossibilidade de continuar exercendo a função. E, assim, se dá o afastamento do trabalhador de seu trabalho.

Tendo em vista as relações entre os contextos de trabalho e a saúde do trabalhador, realizou-se um estudo, em uma empresa de transporte coletivo urbano do Estado do Rio Grande do Sul, buscando entender os sentidos do trabalho e do afastamento por doença mental produzidos por trabalhadores. Para tanto foram realizadas observações nos terminais da empresa e em reuniões, realizadas pela psicóloga da empresa, com os afastados, além de uma análise estatística de documentos da empresa referentes aos afastamentos, que objetivou levantar um perfil dos afastados. Após essa etapa inicial, foram realizadas entrevistas com três colaboradores afastados com o intuito de compreender os sentidos atribuídos às suas experiências no trabalho e no afastamento.

Local de pesquisa

A pesquisa foi realizada em uma empresa de transporte coletivo urbano que possui cerca de 520 colaboradores e atende 63% de todo o transporte coletivo do município em que está localizada, no Rio Grande do Sul. Esta pesquisa foi realizada entre os meses de julho e outubro de 2009. O interesse pela temática saúde do trabalhador surgiu a partir da experiência de estágio curricular realizado na empresa, quando se percebeu um número elevado de afastamentos de trabalhadores por problemas de doença mental. Essa empresa caracteriza-se como familiar, em que os membros da família exercem considerável controle administrativo, possuindo uma parcela expressiva do capital. Assim, existe estreita ou considerável relação entre propriedade e controle, sendo este exercido justamente com base na propriedade (Lanzana & Constanzi, 1999).

Método de pesquisa e análise



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

A pesquisa trata de um estudo de caso (Gil, 2007), composto por duas etapas interdependentes, que foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética do Centro Universitário Franciscano (UNIFRA). A primeira etapa foi realizada através de um estudo quantitativo, de caráter exploratório, em que se buscou levantar um perfil dos colaboradores - motoristas e cobradores - que entraram em afastamento por “doenças do sistema nervoso”²⁹. O levantamento do perfil dos trabalhadores que entram em afastamento foi produzido por meio da análise de tabelas de controle de afastamentos mensais da empresa dos meses de janeiro a julho de 2009. Os dados apontaram um número de 23 colaboradores em 38 pedidos de afastamento.

Realizou-se, então, uma análise estatística descritiva, constatando que o perfil dos afastados é de motoristas (56,5%), com idade entre 26 e 35 anos (34,8%), casados (56,5%), com ensino fundamental completo (47,8%) e com tempo médio de trabalho na empresa de seis a dez anos (39,2%). A maior frequência de número de dias de afastamento foi de um dia (60,9%) e evidenciou-se que 69,6% dos colaboradores que se afastaram por “doenças do sistema nervoso” também se afastaram por outros motivos, como doenças físicas, no mesmo período analisado. Dos 23 colaboradores que solicitaram o afastamento, 73,9% retornaram ao trabalho e no momento estão exercendo suas funções, enquanto 27,1% estão afastados pelo Instituto Nacional do Seguro Social (INSS). Também foram realizadas observações do ambiente e das relações de trabalho que permitiram conhecer o ambiente e as condições de trabalho, assim como as relações estabelecidas entre os colaboradores. Essas observações foram registradas em diário de campo (Wikin, 1998).

A coleta dos dados estatísticos possibilitou conhecer o panorama da situação de afastamentos dos trabalhadores por adoecimento no contexto organizacional em que a pesquisa foi realizada. Nesse sentido, eles serviram como uma fase exploratória da problemática analisada qualitativamente na segunda fase do estudo.

O segundo momento da pesquisa, de cunho qualitativo (Minayo, 2002), procurou compreender os sentidos que o colaborador atribui à vivência do trabalho e a experiência do afastamento. Participaram dessa etapa da pesquisa três trabalhadores que possuem características muito próximas ao perfil levantado anteriormente (Tabela 1) e que entraram em afastamento durante o período de janeiro a julho de 2009. Todos são motoristas, com

²⁹

Terminologia utilizada pela empresa para se referir às doenças de saúde mental.



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

idade entre 35 e 40 anos, tendo trabalhado entre três e 16 anos na empresa. Dois dos participantes encontravam-se ainda em afastamento no período da coleta de dados do estudo, enquanto um já havia retornado ao trabalho. Para a geração de dados foram realizadas entrevistas semiestruturadas (Gil, 2007) individuais com três colaboradores, com perguntas abertas, permitindo a espontaneidade na fala do participante, mas sem deixar de priorizar a investigação dos sentidos do trabalho e afastamento para os participantes.

A análise dos dados coletados foi baseada em Spink e Lima (2000), que propõem a compreensão dos sentidos produzidos pelos sujeitos. Entende-se sentido como uma construção social, um empreendimento coletivo, por meio do qual as pessoas, a partir das relações sociais, constroem os termos, compreendem e lidam com as situações e fenômenos a sua volta (Spink & Medrado, 2000). Assim, a narrativa do sujeito tem sempre um caráter polifônico, já que é constituída em uma luta por significação de diferentes vozes. Assim, após a transcrição das entrevistas procurou-se “deixar aflorar os sentidos, sem encapsular os dados em categorias, classificações ou tematizações *a priori*” (Spink & Lima, 2000, p. 106).

Com isso, fez-se a elaboração de quadros/mapas, que se iniciam com a definição de categorias gerais que refletem os objetivos da pesquisa; em seguida, organizam-se os conteúdos a partir dessas categorias, mantendo a sequência das falas, apenas sendo deslocada para as colunas previamente definidas, em função dos objetivos da pesquisa. Esses mapas possuem o objetivo de sistematizar o processo de análise das práticas discursivas, constituem-se como um instrumento de visualização que dá subsídios ao processo de interpretação e facilitam a comunicação dos passos subjacentes a este processo.

A análise foi construída de maneira a propiciar a visualização dos sentidos produzidos pelos entrevistados, dos quais emergiam as temáticas discutidas sobre o trabalho, a empresa, o afastamento e a doença. Essas questões serão apresentadas a partir de dois eixos temáticos: o trabalho e seus sentidos; e, a doença, o afastamento e o retorno ao trabalho.

O trabalho e seus sentidos



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

A palavra trabalho, ao longo da história, vem recebendo diferentes significações. É um importante determinante da forma de organização das sociedades, sendo o meio através do qual o homem constrói o seu ambiente e a si mesmo. Hoje assistimos a transformações importantes no mundo do trabalho, porém ele conserva um lugar importante na sociedade e exerce grande influência sobre a motivação dos trabalhadores e sobre sua satisfação e sua produtividade. Segundo Codo (1997, p. 26), o trabalho pressupõe “uma relação de dupla transformação entre o homem e a natureza, geradora de significado”. Corroborando, Tittoni (2008) define o trabalho como um conjunto de diversas possibilidades de articulação das fontes naturais e sociais, que possibilitam a utilização da criatividade humana para a produção de vida, relacionado com a criação, e de sua manutenção, que se vincula com a sobrevivência.

O trabalho é rico em sentido individual e social, é um meio de produção da vida de cada um ao prover subsistência, criar sentidos existenciais ou contribuir na estruturação da identidade e subjetividade. Jacques (2002) refere-se à identidade como tudo que é vivenciado como eu em resposta à pergunta “quem és” (p. 161), aprendido através das representações de si mesmo. Uma vez que as relações sociais ocupam lugar destacado nessa constituição, assim o trabalho e suas relações constituem também “modos de ser” (Jacques, 2002, p.163). Já refletir sobre subjetividade ligada ao trabalho, conforme Nardi, Tittoni e Bernardes (2002), implica em pensar maneiras como as experiências do trabalho conformam modos de agir, pensar, sentir e trabalhar amarrados em dados momentos que evocam a conexão entre diferentes elementos, valores, necessidades e projetos.

Então, o sentido do trabalho varia na medida em que deriva do processo de atribuir significados que se apresentam associados às condições históricas da sociedade (Tolfo & Piccinini, 2007). No contexto deste estudo três entrevistados produziram o sentido do trabalho como um sonho realizado:

“meu sonho que sempre dizia pra eles (sobrinhos), desde guri, eu concretizei na empresa. Nós brincávamos... e fazia como se estivesse dirigindo um ônibus, o freio era um tijolo e o outro era o acelerador.” (E)

“até que eu fui longe; me tornei motorista. Quando eu comecei meu sonho era vir pra empresa e consegui, mas daí deu esse problema. Mas se Deus quiser vai ser reversível.” (D) e



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

“sempre tive sonho de fazer essa atividade que eu faço hoje, me sinto satisfeito... de pequeno eu tive esse sonho, e ele está se tornando realidade agora... Cheguei aonde eu sempre sonhei chegar um dia, ser motorista profissional mesmo... minha esposa mesmo dizia: tu nunca teve isso aí, nunca teve esses negócios, tu tá onde tu tanto queria, onde tu falava que queria voltar a trabalhar na empresa.” (B)

Nas três falas há uma referência ao trabalho como realização de um sonho, e em duas como os sonhos que os participantes tinham desde criança, posicionando o trabalho em um lugar de realização. Ser motorista, para esses trabalhadores, é atingir o topo de uma carreira. Percebe-se um grande valor atribuído ao trabalho por se chegar aonde sempre quis. É importante destacar a forte importância dada à empresa e ao lugar de destaque que esta ocupa na região em que está inserida. Na terceira narrativa nota-se que ser colaborador dessa organização confere status social e satisfação ao recorrer à voz da esposa para reforçar o sentido do trabalho como suporte familiar.

O trabalho tem diversos significados; é um meio de se relacionar com os outros, de se sentir parte integrante de um grupo maior, além de ser uma fonte de sustento. Quando questionados sobre o significado do trabalho, todos o associaram ao salário, do qual se retira o próprio sustento e o da família.

“é que eu tiro o sustento meu e da minha família, ele é muito importante pra mim... Não tenho outra fonte de renda.” (B)

“a uma segurança não só financeira como moral...” (E) e

“pra mim é isso pro meu sustento é importante no caso...” (D)

Essa situação faz com que se pense na necessidade do trabalho como provedor de renda para o trabalhador e para família. O trabalho é estruturante de uma existência, pois é através dele que nos sentimos produtivos. Mas, também remete a uma necessidade biológica e física, pois é a fonte de renda. Quando o sentido do trabalho não corresponder ao significado dado pelo conteúdo efetivo da atividade previsto socialmente, isto é, quando o sentido pessoal do trabalho separa-se de sua significação é possível pensar que o trabalho será alienado. Se o sentido do trabalho atribuído pelo trabalhador que o realiza for apenas o de garantir sua sobrevivência, trabalhando só pelo salário e sem ter consciência de sua participação na produção das objetivações, haverá a cisão com o significado fixado socialmente.



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Para Nardi (2004) as formas que os indivíduos vivem, sofrem e/ou sublimam no trabalho estão intimamente associadas ao valor moral atribuído ao trabalho e à importância deste na configuração do “ideal de eu”³⁰. As falas dos entrevistados são atravessadas pela significação do trabalho associada também ao sentimento de responsabilidade por outras pessoas e de prazer por realizar um trabalho considerado importante. É possível visualizar esse conteúdo na fala dos entrevistados:

“Responsabilidade que eu sempre gostei, sempre gostei de responsabilidade.” (E) e
“...é o que eu sei fazer no caso, é o que eu gosto de fazer, só que chegou a um ponto que, não sei, explodiu, não aguentei mais, mas é o que eu gosto de fazer.” (D)

Para Codo (2002) a definição de trabalho é o fato de se tratar de uma atividade cuja lógica intrínseca se estrutura a partir das possibilidades e formas com que o homem controla o seu meio ambiente mediato e imediato e/ou é controlado por ele e o sentido (o significado) que o trabalho tem para esse indivíduo ou para a sociedade. Pensando o trabalho por sua dimensão social, esse faz sentido para o sujeito na medida em que é capaz de contribuir e ser útil para a sociedade. Os participantes do estudo, em suas falas sobre a percepção que têm sobre a importância do seu trabalho para a sociedade, produzem os sentidos da dimensão social que o trabalho adquire no cotidiano:

“É muito importante, sem o transporte para tudo...” (D) e
“...para o deslocamento do passageiro da sua casa até seu ponto de trabalho. Eu me sinto satisfeito em atender todos... É importante para o desenvolvimento da cidade.” (B)

A dimensão social adquire maior amplitude quando o trabalhador percebe que seu trabalho não contribui apenas para seu próprio desenvolvimento, mas para a sociedade em geral. Dessa forma, é necessário que o trabalho agregue valor tanto para o trabalhador quanto para a sociedade (Tolfo & Picinini, 2007).

Os significados do trabalho também podem ser pensados a partir de dois vieses: um da satisfação e o outro do sofrimento. Os dois andam juntos, porém um sobrepondo o outro. Para Tolfo e Picinini, (2007), a construção de sentido no trabalho é possível por meio da transformação do sofrimento, gerado pela divisão das tarefas pela organização do

³⁰O termo remete para os valores em relação aos quais o indivíduo julga o sucesso de sua trajetória de vida, ou seja, que determinam o que deve ser atingido para que o sujeito possa ser feliz e pagar inconscientemente sua dívida, a qual é o que, para cada sujeito, justifica sua existência no mundo (Nardi, 2004).



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

trabalho, em prazer pela utilização das competências e liberdades individuais, considerando que o prazer no trabalho é fundamental para a manutenção da saúde. Nesse sentido, a profissão de motorista de transporte coletivo urbano envolve particularidades devido aos objetos de trabalho. Há um desgaste envolvido pelo trabalho no trânsito, com o público/passageiros e com as regras da empresa, como horários rígidos, exigências de cumprimento de itinerários, cobranças de qualidade etc.

A partir do momento em que o trabalhador percebe que seu trabalho está lhe causando sofrimento, lança mão de estratégias de controle do meio de trabalho. Para Mendes e Dias (1991), no âmbito da relação saúde versus trabalho, os trabalhadores buscam o controle sobre as condições e os ambientes de trabalho para torná-los mais saudáveis. Assim, quando os trabalhadores são indagados sobre o que lhes desgasta no trabalho de motorista, é percebida uma similaridade no modo de agir dos participantes na busca de uma preservação da saúde no seu cotidiano.

“A primeira coisa é tu ficar surdo, procurar desligar de tudo. Só tem a pressão, desligar do que falam, do que comentam. Aqui tu tem que sentar ali e achar que tá só tu, esquecer o resto. Só ter cuidado com as portas. Faz de conta que tu tá sozinho.” (D) e

“Eu procuro me distrair, não ficar matutando aquilo ali, tentando resolver o que não é pra mim. Procuro me desligar daquele momento... tem horário para cumprir, tem várias coisas que preocupam ali... Daí a gente tem que desligar um pouco se ficar matutando...” (B)

Mesmo o trabalhador que já retornou às atividades de trabalho após um período de afastamento refere-se à mesma estratégia ainda utilizada por ele como mecanismo de controle das variáveis que influenciam o trabalho, buscando contornar as situações causadoras de sofrimento.

“Agora eu tô aprendendo a desligar, antes eu matutava muito, logo que eu entrei na empresa, tanto é que veio esse problema do afastamento.” (B)

As narrativas que expressam essa estratégia de “desligar-se no trabalho” produzem sentidos de mecanização / “maquinização” do trabalho. Os enunciados soam ao ouvinte como se houvesse um “botão liga e desliga” que o trabalhador acionaria para ficar alheio a tudo que lhe traga sofrimento.



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Para Ramos, Tittoni e Nardi (2008), a análise do trabalho mostra as noções de produtividade e de capacitação nas quais os trabalhadores ainda figuram como os principais elementos. Assim sendo, os trabalhadores estão em constante pressão em termos de exigência de qualificação e de atualização para o desempenho do trabalho como forma de garantia do aumento da produtividade. Portanto, ainda em relação às estratégias de proteção utilizada, é possível perceber uma transformação no comportamento do motorista no momento em que inicia o trabalho propriamente dito dentro do ônibus. Um dos entrevistados pontua duas formas de lidar com as situações a sua volta.

“descontraindo a turma, sempre brincando, sempre alegre. Procuro descontraír fazendo uma brincadeira que gostem... eu descontraio, porque é um meio de tu ‘desgastar’, sair fora, desligar um pouco, é esse meio que tu tem. No momento em que sento atrás do volante eu sou outra pessoa... meu modo de agir no volante é um e fora do volante é outro. Eu sou sério e responsável. Não sou muito de estar mostrando os dentes... procuro não entrar muito na vida do passageiro, nem me envolver com passageiro... sentei atrás do volante, é sério, bom dia, até logo, tudo bem.” (B)

Dessa forma, as narrativas dos trabalhadores afirmam a realidade desgastante do trabalho de motorista. Embora o sujeito esteja entre muitas pessoas na condução de um ônibus, necessita distanciar-se dos outros e “desligar-se” de tudo para cumprir sua função. É preciso sentir-se só em um ambiente em que não está sozinho. A mobilização dessa estratégia torna-se necessária pelos objetos próprios de trabalho envolvidos na função de motorista, como o trânsito, a necessidade de atenção e concentração exigidas para a realização da atividade.

Jacques (2002) discorre que, ao transformar a natureza através do trabalho, o homem transformou suas condições de ser e estar no mundo e suas condições de adoecer e morrer. As repercussões do processo de trabalho sobre a saúde do trabalhador são, segundo Dejours (1986), citado por Jacques (2002), derivadas tanto das condições de trabalho como da organização do trabalho. Enquanto as condições de trabalho dizem respeito às condições físicas, químicas e biológicas do ambiente de trabalho, e se refletem sobre o físico do trabalhador, aquelas que dizem respeito à divisão técnica e social do trabalho, como, por exemplo, hierarquia, controle, ritmo, repercutem sobre a saúde psíquica, causando-lhe sofrimento.



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

A doença, o afastamento e o retorno ao trabalho

O sofrimento psíquico e a doença mental ocorrem quando e apenas quando afetam esferas de nossa vida que são significativas, geradoras e transformadoras de significado. Codo (2002) propõe que uma das atividades humanas em que deveríamos procurar as causas do sofrimento psíquico é o trabalho. Nardi (2004) refere que o adoecer no trabalho, assim como a capacidade de superação dos limites impostos pela doença e da luta por melhorias nos locais de trabalho são dependentes da relação construída socialmente entre os sujeitos e o trabalho. No contexto pesquisado o trabalho e a empresa são investidos de sentidos como um lugar de realização de sonhos, refletindo diretamente no discurso do trabalhador que se reconhece como parte pertencente e fundamental para o desenvolvimento e crescimento da empresa, e irá relacionar-se proporcionalmente com o sentimento em relação à doença e ao afastamento.

Ao analisar a temática doença, perpassamos pelo território do discurso médico, que, conforme Ramos et al. (2008), quando associado ao capital, produz significados para a doença como demonstração de fraqueza e incapacidade do trabalhador, o que faz com que este, ao se reconhecer doente, também se reconhece incapaz. Em parte os trabalhadores produzem sentidos para a doença e para afastamento através das emoções associadas à empresa e ao seu trabalho.

A relação do trabalhador com a doença é marcada pela falta de conhecimento a respeito do que se passa com ele. Saber seu diagnóstico poderia ser útil para uma maior informação e conhecimento sobre sua situação e possíveis ações que pudessem contribuir para uma melhora do quadro apresentado. Aqui não está em jogo exclusivamente um nome, mas a informação sobre si e seu adoecimento. Assim, seria possível evitar que o indivíduo se reconheça como uma sigla que não lhe traz nenhum sentido. A fala a seguir explicita a falta de conhecimento sobre seu diagnóstico associada ao uso da medicação. Chama a atenção a presença da medicalização no contexto da saúde do trabalhador.

“Não sei te dizer o nome, é F alguma coisa, F 10 alguma coisa, eu vou lá no doutor e ele só me muda a medicação, já tomei vários remédios.” (D), como também

“Por enquanto eu acho que ele ainda não me deu nenhum diagnóstico, só me deu medicamento e um acompanhamento específico.”(B)



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Em diferentes momentos da entrevista, as narrativas sobre a doença mental dos trabalhadores são associadas a uma descrença e desvalorização de sua existência, principalmente por esta não estar marcada na aparência ou não apresentar manifestações no corpo. Na última fala o trabalhador refere-se ao olhar do outro, que o enxerga como são, pois a doença mental nem sempre está visível ao outro.

“...eu nunca acreditei que podia ficar assim, achava besteira, que isso não ia acontecer comigo.” (D)

“Mas nunca acreditei que existisse essa coisa de depressão, de ficar saturado com isso, mas não sei se era a hora de estourar esse estopim, eu tava bem, eu podia trabalhar.” (E) e

“Porque tu olha pra mim eu tô aparentemente são, eu não tenho nada.” (E)

Além da grande mistificação em torno da doença mental, há também uma dificuldade do trabalhador em reconhecer-se doente, comunicada através da expressão que médico “é coisa de outro mundo”.

“Olha, é que eu nunca tinha sentido isso, nunca tinham me dado esses problemas de saúde que me deu. Nunca tinha entrado nesse ramo de afastamento de trabalho. De ter que me afastar do trabalho por problema de saúde, nunca passei por isso, porque médico pra mim é coisa do outro mundo...” (B)

O discurso social de incapacidade e da quase “inutilidade” atravessa as narrativas daqueles trabalhadores que não conseguem acompanhar as exigências do trabalho. Segundo Ramos et al. (2008) o não-trabalho convoca a entrada no domínio do risco de desfiliação, que pode ser sentida como um processo de fragilização e ruptura dos laços e das relações sociais conquistadas no trabalho. A produção de sentimento de abandono, ao ser perguntado sobre o apoio da família e dos amigos na situação de afastamento, está associada a esses significados sociais de desqualificação.

“eles nem me visitam mais. Só minha mãe (E)”

O medo da desfiliação decorre da insegurança causada pelo risco do desemprego, a qual é potencializada pela competitividade que se vive no mundo do trabalho. Na narrativa a seguir o trabalhador projeta-se no futuro após o término do afastamento e associa esse momento ao receio de ser demitido por meio de uma analogia com uma bola nova de futebol. O trabalhador identifica-se com uma bola, que pode ser chutada, ou seja, ocupa a



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

posição de um objeto. Portanto, os recursos linguísticos empregados comunicam a forma agressiva com que este se sente controlado pela força produtiva.

“Eu acho que depois que eu terminar esse tratamento eu tô zero; é como tu pegar uma bola de futebol nova e chutar, só espero que não seja para a rua...” (E)

Por outro lado o afastamento, conforme Ramos et al. (2008), pode apontar uma potencialidade como resistência, pois o “estar fora” pode mobilizar afetos silenciados pelo cotidiano de trabalho, e a partir daí inicia-se uma busca por outras atividades e até outros modos de trabalhar.

“queria buscar outra profissão, fazer uma coisa mais sem tanto compromisso, mais calma, sem horário... até pela acomodação, eu sou uma pessoa muito acomodada, não quero crescer, até que eu fui longe, me tornei motorista...” (D)

O rompimento com o trabalho, na perspectiva do acontecimento, pode provocar uma revisão dos modos de viver, dos sentidos do trabalho, das práticas de trabalho e das relações com o trabalho. Os modos de sujeição, o poder da norma e seus efeitos podem ser visibilizados por essa revisão, surgida a partir da experiência do afastamento. Esse sentimento de revisar gera questionamentos que são permeados pela vivência de inutilidade. Isso clarifica um ponto de tensão no qual os regimes de verdade do trabalho são tomados como referências para a experiência de si e para o auto-reconhecimento (Ramos et al., 2008).

Jacques (2002) relata que os afastados temporariamente do trabalho cumprem uma rotina diária como se continuassem a trabalhar para que outros não percebam o rompimento do vínculo, corroborando a ideia do sistema identitário de trabalhador na identidade do eu e do trabalho como suporte privilegiado de inscrição na estrutura social. A manutenção de uma rotina durante o afastamento foi uma prática associada à experiência do afastamento de um dos entrevistados.

“A minha mesma rotina, de cumprir o meu horário, cumpri as metas. Eu acordo a mesma hora de quando eu vinha trabalhar.” (E)

O rompimento imposto pelo adoecimento e consequentemente pelo afastamento é percebido como uma forma de ameaça a um lugar social conquistado pelo sujeito através do trabalho. Os trabalhadores sentem-se ameaçados em relação ao poder aquisitivo, às relações sociais, ao convívio com colegas e ao lugar ocupado na família. São invadidos por um sentimento de que falharam, e esse sentimento nutre-se pela fragilidade construída a



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

partir de uma percepção de inferioridade em relação aos seus pares, por não poderem mais dar conta da sua atividade (Ramos et al., 2008). A respeito disso um entrevistado comenta:

“É impressionante né, tu está bem, vê os outros trabalhando, é horrível, tem dias que tu chora bastante... Não é fácil, não sei te explicar bem, mas não é fácil, é horrível... Não sei o que me deu, foi uma coisa de surpresa. Fiquei num tremor, num estado... minha esposa me perguntava qual o motivo pra eu estar assim, que eu tava diferente, assim.” (D)

Ramos et al. (2008) referem-se a uma dor psicológica ligada ao adoecimento e ao afastamento. Essa dor está relacionada ao rompimento, ao não poder mais, ao sentir-se inútil, e ao mesmo tempo ao risco de acusação de “simulação”. Um entrevistado, ao significar sua experiência de afastamento, em dois momentos da entrevista, a associa a tristeza e dificuldade de adaptação e o desejo de não ser visto / reconhecido.

“Muito triste, muito, porque se eu tinha, se eu tenho esse distúrbio é pior.” (E) e

“Foi muito difícil no começo, nos primeiros três meses, eu cheguei a ficar quase uma semana sem tomar banho, sem escovar os dentes, sem dormir de noite, sem sair na rua... para não ser reconhecido.” (E)

Assim, o retorno ao trabalho é um objetivo na vida dos afastados e na forma de refazer a imagem de um “bom” trabalhador, que seja reconhecido por sua capacidade, produtividade e desempenho. Segundo Ramos et al. (2008), o afastamento fratura uma relação construída, na qual o trabalhador atende o chamamento da demanda do trabalho, sente-se satisfeito por poder atendê-la, espera o reconhecimento do outro e, a partir dele, investe novamente.

A narrativa de um dos entrevistados, que já havia retornado a suas atividades, representa o afastamento como uma possibilidade de reflexão sobre a situação e a necessidade de um tempo para buscar uma reorganização. Ele constrói uma visão positiva do afastamento, como necessário para o restabelecimento da saúde:

“Eu senti a necessidade, foi muito bom, sinceramente, por mais que eu não quisesse esse afastamento. Mas foi bom, porque eu precisava pisar um pouco no chão, descarregar um pouco, espairecer aquilo ali e tem um acompanhamento do médico e um acompanhamento de medicamento. Mas foi bom, mudou bastante do que eu andava e como eu ando.” (B)



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Então a experiência de estar afastado, segundo esse trabalhador, pode ser entendida também como potencialidade de transformação. Esse sentido produz um novo olhar para o afastamento, ressignificando-o como necessário e importante para uma reestruturação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este artigo buscou, a partir de um estudo de caso situado em uma realidade específica, levantar reflexões e inquietações, a respeito do tema saúde do trabalhador. Assim, buscou entender os sentidos do trabalho e do afastamento por doença mental produzidos por motoristas de transporte coletivo urbano. Portanto, este trabalho não permite possibilidades de esgotamento acerca de um tema amplo e complexo, mas propõe reflexões.

A importância atribuída ao trabalho foi significada de duas maneiras, uma através da atividade que lhe provém o sustento e, por outro lado, da função. A ocupação de motorista é investida de realizações, pois os três entrevistados referem-se ao lugar de um sonho. Além disso, a função motorista de transporte coletivo urbano confere status ao trabalhador que a reconhece como importante para a sociedade no geral.

O lugar ocupado pela empresa na região em que está inserida também confere ao trabalhador uma posição de destaque em seu grupo social e familiar. Nesse sentido, o discurso organizacional tem legitimidade e está arraigado nas falas dos entrevistados, que o tomam como sua verdade. Além desse, outras vozes, como da família, da empresa e de passageiros, se fizeram presentes nas narrativas e nos enunciados dos trabalhadores. Assim, os sentidos do trabalho e do afastamento foram produzidos a partir de uma polifonia.

A dor gerada pelo afastamento do trabalho está associada à forte vinculação dele com o seu trabalho e com a empresa. O afastamento é oriundo das relações, que estão produzindo adoecimento, e a dor do afastamento é mais cruel do que a dor da própria doença. Pois perpassa por um olhar discriminatório, em que o valor do humano está dimensionado pelo que se faz.

Os sentimentos que foram referidos ao longo das entrevistas, de inutilidade, incapacidade, tristeza, pesar, fragilidade e insegurança, trazidos pela experiência de afastamento, tornam visíveis o lugar que o trabalho ocupa, não só na vida dos próprios



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

indivíduos como, e talvez principalmente, na sociedade, no olhar do outro. Estar fora do trabalho significa ocupar uma posição que exclui e desvaloriza o sujeito. Segundo Guattari e Rolnik (2005), tudo o que é produzido pela subjetivação capitalística, ou seja, tudo o que nos chega pela linguagem, pela família, pelos equipamentos que nos rodeiam, trata-se de sistemas de conexão direta entre as grandes máquinas produtivas, as grandes máquinas de controle social e as instâncias psíquicas que definem a maneira de perceber o mundo.

Os sentimentos do afastamento são vividos de forma intensa, indicando a importância de ações organizacionais que procurem auxiliar o trabalhador no desenvolvimento de estratégias de proteção, visando a uma melhor adaptação/saúde. Assim, a proposta de criação de um ambulatório, que tenha um olhar menos clínico e mais voltado para a promoção de saúde, pode ser uma intervenção fértil no ambiente das organizações. Um ambiente acolhedor, de escuta para esses trabalhadores, parte da ideia de Carreiro (2003), citado por Ramos et al. (2008), que define o acolhimento como as condições de suporte, presentes no contexto do trabalho, que funcionam como apoio. O acolhimento pode funcionar como uma proteção que, ao mesmo tempo em que fornece um *holding*³¹, não cria uma limitação para o sujeito. Esse espaço poderia proporcionar ao indivíduo uma busca por novas referências, por desconstrução de sentidos, significados e concepções já arraigadas. A criação de intervenções como essa proporcionaria um ambiente coletivo, em que as pessoas poderiam construir a partir da negociação de sentidos estratégias de proteção. Com isso buscam-se inventar práticas que contemplem não só indivíduos “doentes”, mas que também façam circular discursos de saúde, promovendo o bem-estar no trabalho.

Porém, como explicita Jacques (2002), qualquer ação terapêutica, através de atendimento individual e, principalmente, grupal, que possa representar uma melhora nos sintomas, terá limites enquanto inexistir uma identificação das circunstâncias de agravo à saúde e uma transformação efetiva das condições laborais. Em relação ao contexto estudado, é entendido que algumas relações com os objetos de trabalho não podem ser transformadas, como, por exemplo, o trânsito e as relações com os passageiros, mas é possível que algumas práticas institucionais possam ser ressignificadas. Para Spink e Frezza (2000), desconstrução refere-se ao trabalho necessário de reflexão que possibilita

³¹ Termo utilizado na perspectiva de Winnicott, referido com a função de fornecer apoio (Carreiro, 2003).



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

uma desfamiliarização com construções conceituais que se transformam em crenças e, como tais, colocam-se como grandes obstáculos para que outras pessoas possam ser construídas. É a criação de novas construções.

REFERÊNCIAS

- Codo, W. (1997). Um diagnóstico do trabalho (em busca do prazer). In A. Tamayo, J. E. Borges Andrades & W. Codo, (Orgs.). *Trabalho, organizações e cultura*, (pp. 21-40). Rio de Janeiro: Associação Nacional de Pesquisa e Pós-graduação em Psicologia.
- Codo, W. (2002). Um diagnóstico integrado do trabalho com ênfase em saúde mental. In M. G. Jacques & W. Codo, (Orgs.). *Saúde Mental & Trabalho: leituras*. (pp. 173-190) Petrópolis, RJ: Vozes.
- Foucault, M. (1977). *Vigiar e Punir*. Petrópolis: Vozes.
- Gil, A. C. (2007). *Métodos e técnicas de pesquisa social*. São Paulo: Atlas.
- Guattari, F. & Rolnik, S. (2005). Subjetividade e História. In: F. Guattari & S. Rolnik. *Micropolítica: cartografias do desejo*. (pp. 33-148) (7ed. rev.). Petrópolis, RJ: Vozes.
- Jacques, M. G. (2002). Identidade e trabalho. In A. D. Cattani, (Org.) *Dicionário crítico sobre trabalho e tecnologia* (4a ed.). Petrópolis/Porto Alegre: Vozes/Ed da UFRGS.
- Jacques, M. G. (2002). “Doença dos Nervos”: Uma expressão da relação entre saúde/doença mental. In M. G. Jacques & W. Codo (Orgs.). *Saúde Mental & Trabalho: leituras* (pp. 98-111). Petrópolis, RJ: Vozes.
- Lanzana, A., & Constanzi, R. (1999). As empresas familiares brasileiras diante do atual panorama econômico mundial. In J. Martins, (Coord.). *Empresas familiares brasileiras: perfil e perspectivas*. São Paulo: Negócio Editora.
- Mendes, R. & Dias, E. C. (1991). Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. *Revista de Saúde Pública*, 25(5), 341-349.
- Minayo, M. C. S. (2002). *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade* (21a ed.). Petrópolis: Vozes.
- Morin, E. M. (2001). Os sentidos do trabalho. *Revista de Administração de empresas*, 41(3), 8-19.



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

- Nardi, H. C. (2004). Saúde do trabalhador, subjetividade e interdisciplinaridade. In A. R. M. Cerspo (Org.). *Saúde do trabalhador no Rio Grande do Sul: Realidade, Pesquisa e Interdisciplinaridade* (pp. 43-64). Porto Alegre: Editora da UFRGS.
- Nardi, H. C.; Tittoni, J. & Bernardes, J. S. (2002). Subjetividade e trabalho. In A. D. Cattani (Org.). *Dicionário crítico sobre trabalho e tecnologia* (4a. ed.). Petrópolis/Porto Alegre: Vozes/ Ed da UFRGS.
- Ramos, M. Z., Tittoni, J. & Nardi, H. C. (2008). A experiência de afastamento do trabalho por adoecimento vivenciada como processo de ruptura ou continuidade nos modos de viver. *Caderno de Psicologia social do trabalho*, 11(2), 209-221.
- Spink, M. J. & Frezza, R. M. (2000). Práticas discursivas e produção de sentidos: a perspectiva da Psicologia Social. In M. J. Spink (Org.). *Práticas discursivas e produção de sentido no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas* (pp. 17-39) (2a. ed.). São Paulo: Cortez.
- Spink, M. J. & Lima, H. (2000). Rigor e Visibilidade: a explicitação dos passos da interpretação. In M. J. Spink, (Org.). *Práticas discursivas e produção de sentido no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas* (pp. 93-122) (2. ed.). São Paulo: Cortez.
- Spink, M. J. & Medrado, B. (2000) Produção de sentidos no cotidiano: abordagem teórico-metodológica para análise das praticas discursivas. In M. J. Spink, (Org.). *Práticas discursivas e produção de sentido no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas* (pp. 93-122) (2. ed.). São Paulo: Cortez.
- Tittoni, J. (2008). *Trabalho, poder e sujeição: trajetórias entre o emprego, o desemprego e os “novos” modos de trabalhar*. Porto Alegre: Dom Quixote.
- Tolfo, S. R. & Picinini, V. (2007). Sentidos e significados do trabalho: explorando conceitos, variáveis e estudos empíricos brasileiros. *Psicologia & Sociedade*, 19(1), 38-46.
- Winkin, Y. (1998). Descer ao campo. In Y. Winkin, *A nova comunicação: da teoria ao trabalho de campo* (pp. 129-145). Campinas: Papirus.



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

**Transtorno bipolar: características clínicas de usuários do setor de psiquiatria do
HUSM**

Lilian Lopes Pereira ¹

Ana Cristina Garcia Dias ²

Angelo Batista Miralha da Cunha ²

Solange Capaverde ²

¹ Faculdade Integrada de Santa Maria (FISMA)

² Universidade Federal de Santa Maria (UFSM)

RESUMO

O Transtorno Bipolar (TB) é uma patologia psiquiátrica grave, recorrente, que se caracteriza por oscilações de humor e envolve aspectos neuroquímicos, cognitivos, psicológicos, funcionais, familiares e socioeconômicos. Nesta pesquisa, buscou-se conhecer as características sócio-demográficas e clínicas de 41 portadores de TB, em eutímia, com idades entre 25 e 60 anos, atendidos pelo Ambulatório de Transtornos do Humor do Setor de Psiquiatria do Hospital Universitário de Santa Maria, RS. A escolha pelo tema deste estudo reflete a preocupação em aprofundar conhecimentos e em oferecer informações sobre os aspectos clínicos e sociais que possam instigar novos questionamentos. Trata-se de um estudo exploratório, descritivo. Foram obedecidos os procedimentos éticos exigidos para pesquisas com seres humanos. O perfil sócio-demográfico do grupo de portadores de TB apontou predominância do gênero feminino, etnia branca, idade média de 42,8 anos; escolaridade média de 9,4 anos de estudo; baixo índice de ocupação laboral; maioria sem relação conjugal; e baixa renda familiar. No perfil clínico dos portadores de TB destacaram-se: a ocorrência do primeiro episódio de TB entre 21 e 40 anos; o tempo de duração da doença entre 16 e 30 anos; ao menos uma hospitalização psiquiátrica em 80,5% dos casos. O TB pode estar relacionado a prejuízos funcionais que interferem significativamente na rotina e na dificuldade em aderir ao tratamento. Considera-se necessário levar estes aspectos em consideração numa



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

abordagem terapêutica mais abrangente oferecida ao paciente, através de estratégias mais eficazes de prevenção e tratamento.

Palavras-chave: Transtorno bipolar; características sociodemográficas, características clínicas.

INTRODUÇÃO

O Transtorno Bipolar (TB) é um importante problema de saúde, que apresenta episódios recorrentes de mania, hipomania e depressão, e prejuízos para a qualidade de vida tanto do paciente quanto de seus familiares (Moreno & Dias, 2008, Kapczinski et al., 2009, Goodwin & Jamison, 2010). Este transtorno do humor acarreta prejuízos laborais e sofrimento psíquico para o portador e para as pessoas próximas dele (Guze & Robins, 1970, Rocca & Lafer, 2008). Trata-se de uma patologia psiquiátrica grave, que envolve aspectos neuroquímicos, cognitivos, psicológicos, funcionais e socioafetivos. O acompanhamento do portador, a longo prazo, assume um papel fundamental visto que essa é uma doença crônica, associada a altos índices de mortalidade, comorbidades e prejuízos socioeconômicos, muitas vezes, importantes (Suppes & Dennehy, 2009). O TB é a sexta causa mais comum de incapacidade entre adultos, sendo difíceis, tanto seu diagnóstico quanto seu tratamento (Berk, 2009).

Ressalta-se que estudos que venham a colaborar com a compreensão dos mecanismos envolvidos no TB são importantes, tanto do ponto de vista clínico quanto do social, considerando a prevalência do TB na população e seu impacto na vida dos portadores, bem como os gastos gerados ao sistema de saúde (Kapczinski, Andreazza, & Salvador, 2008). Sob esta perspectiva, a escolha pelo tema deste estudo reflete a preocupação em aprofundar conhecimentos e em oferecer informações sobre os aspectos clínicos e sociais que possam instigar novos questionamentos. O interesse na fase de eutímia do TB se deve, principalmente, à possibilidade de garantir maior qualidade de respostas na remissão dos sintomas do transtorno.



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

OBJETIVOS

Objetivo Geral

Investigar o perfil sócio-demográfico de portadores adultos de Transtorno Bipolar tipo I, em eutímia, atendidos no Ambulatório de Transtornos do Humor do Setor de Psiquiatria do Hospital Universitário de Santa Maria.

Objetivo Específico

Verificar características clínicas de portadores adultos de Transtorno Bipolar tipo I, em eutímia.

REVISÃO DA LITERATURA

Transtorno Bipolar

O TB tem sido considerado um dos mais graves tipos de transtorno mental, tendo como principal característica a ocorrência de episódios de humor alternados, variando em intensidade, duração e frequência (Goodwin & Jamison, 2010). Para o seu diagnóstico, os sistemas diagnósticos mais utilizados por clínicos, atualmente, são o **Manual** Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais DSM-IV-TR (APA, 2002) e a Classificação Internacional de Transtornos Mentais, Doenças e de Comportamento (CID-10) (OMS, 1992).

Conforme critérios do DSM-IV-TR (APA, 2002), os transtornos bipolares fazem parte dos transtornos do Eixo I e dividem-se em TB-I, TB-II e Transtorno Ciclotímico, além dos Transtornos do Humor Bipolar sem outra especificação (TB-SOE). No TB-I ocorre um ou mais episódios maníacos ou mistos, geralmente seguidos por episódios depressivos maiores. No TB-II também ocorrem episódios depressivos maiores, porém, acompanhados por, pelo menos, um episódio hipomaníaco. Já no Transtorno Ciclotímico são necessários, pelo menos, dois anos de perturbação crônica e flutuante do humor, envolvendo numerosos períodos de sintomas hipomaníacos e de sintomas depressivos.



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Além disso, têm-se os episódios mistos, nos quais há presença de sintomas, de mania/hipomania e de depressão, que se apresentam simultaneamente.

A CID-10 (OMS, 1992) traz como características do Transtorno Afetivo Bipolar a ocorrência de dois ou mais episódios depressivos ou maníacos/hipomaníacos. Nesse transtorno, o humor e o nível de atividade do sujeito estão profundamente alterados, sendo, por vezes, observados uma elevação do humor e um aumento da energia e da atividade (hipomania ou mania), em outras vezes, um rebaixamento do humor e uma redução da energia e da atividade (depressão).

De acordo com o DSM-IV-TR (APA, 2002) a hipomania envolve um estado de euforia, contudo, não é um estado severo a ponto de causar prejuízos funcionais acentuados ou de necessitar de internação ou sequer apresentar sintomas psicóticos. Desse modo, não satisfaz aos critérios diagnósticos necessários a um episódio de mania completo. Este, por sua vez, caracteriza-se por um estado de humor elevado, expansivo ou irritável, desorganização comportamental, consumo elevado de álcool, café e cigarro, alteração considerável do apetite, profusões de ideias, logorreia, sentimentos de grandiosidade podendo chegar a manifestações delirantes de grandeza, redução significativa do sono, energia em alta e impulsividade no comportamento. Sendo assim, o episódio de mania envolve perturbação severa, acarretando em prejuízos ocupacionais e sociais. Considerando tais aspectos, o portador não possui uma percepção clara de seu estado de mania, logo, é comum e esperado que ele o negue (Kunz, Gomes, Gazalle, Dias, & Del Porto, 2009). Por outro lado, o humor depressivo envolve melancolia, pessimismo, desesperança, podendo, o portador do transtorno, apresentar ansiedade, irritabilidade, comportamentos e pensamentos lentificados ou agitação psicomotora, aumento ou redução do sono, sensação de fadiga, queixas somáticas, desinteresse por atividades que antes eram apreciadas, ideações suicidas e suicídio (Suppes & Dennehy, 2009).

O período em que o portador de TB apresenta remissão dos sintomas depressivos, maníacos ou hipomaníacos é comumente definido como eutimia. No entanto, não há critérios consensuais para a eutimia, sendo necessárias mais pesquisas sobre o assunto. Atualmente entende-se que na eutimia, o indivíduo estaria sem sintomas e funcionalmente (re)integrado em suas tarefas habituais (Souza, 2005).

Define-se ainda, que um episódio grave, o qual pode ocorrer em qualquer fase da doença bipolar, é marcado pela presença de sintomas psicóticos (Goodwin & Jamison,



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

2010, Kapczinski et al., 2009). Além disso, pode ocorrer ideação suicida. Já a cronicidade do TB ocorre quando se observa alta frequência dos episódios, que comprometem os pacientes em seu cotidiano, tanto em termos de desempenhos social quanto ocupacional (Moreno & Dias, 2008, Rocca & Lafer, 2006, Suppes & Dennehy, 2009).

A epidemiologia moderna, a partir das classificações atuais (CID-10 e DSM-IV-TR), vem revelar que o TB atinge em torno de 1% da população (Goodwin & Jamison, 2010, Moreno & Andrade, 2005, Santin, Ceresér, & Rosa, 2005). No entanto, com a introdução do conceito de espectro bipolar, que propõe subdivisões quanto aos tipos de TB (Akiskal, 2005), as fronteiras diagnósticas do TB foram expandidas e as estimativas de prevalência elevaram-se, aproximadamente, de 3% a 8% da população (Del-Porto & Del-Porto, 2005, Goodwin & Jamison, 2010). Em geral, os estudos analisados por Moreno e Dias (2008) e por Goodwin e Jamison (2010), ao traçarem um perfil do portador, sugerem não haver diferenças significativas entre homens e mulheres quanto ao TB-I. O TB também encontra-se associado a desemprego, hospitalização e utilização de serviços de saúde, com elevado custo individual, social e medicamentoso (Costa, 2008).

O final da adolescência e o começo da idade adulta é o momento que tem sido apontado como o período no qual o transtorno costuma se manifestar pela primeira vez (Ten Have, Voolebergh, Bijl, & Nolen., 2002, Magalhães & Pinheiro, 2009). No entanto, não há uma definição quanto à idade específica de início, principalmente se forem considerados problemas metodológicos e conceituais, como, por exemplo, o início do transtorno ocorre quando se dá a primeira internação ou os primeiros sintomas do transtorno, sendo esses, muitas vezes, não identificados (Lima, Tassi, Novo, & Mari, 2005).

O TB é reconhecido como uma doença herdada, sendo importante avaliar a história familiar da doença (Goodwin & Jamison, 2010). Suppes e Dennehy (2009) apontam que a frequência do transtorno é alta em pais e filhos dos portadores. Contudo, a etiologia do TB apresenta tanto componentes genéticos quanto ambientais, sendo os últimos especialmente importantes para a eclosão dos episódios de humor.

O diagnóstico do TB envolve um processo difícil de investigação e acompanhamento, pois, diferenciar a depressão bipolar da unipolar, não é uma tarefa fácil (Goodwin & Jamison, 2010). O diagnóstico incorreto de depressão, por exemplo, pode tardar a descoberta do TB (Lima et al., 2005). Assim, o principal cuidado a ser adotado na



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

realização do diagnóstico é a investigação detalhada da história familiar e da presença de episódios de mania ou hipomania ao longo da vida do paciente (Magalhães & Pinheiro, 2009, Moreno & Dias, 2008). De fato, estudos demonstram que o maior número de episódios se associa a maiores prejuízos sociais e cognitivos (Goodwin & Jamison, 2010).

MÉTODO

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo. Os estudos exploratórios permitem observar e descrever determinado fenômeno, investigando sua natureza e os fatores a ele relacionados, proporcionando maior familiaridade com o problema em questão (Gil, 2002).

Participaram desse estudo 41 indivíduos portadores de TB-I, em eutímia, atendidos no Ambulatório de Transtornos do Humor do Setor de Psiquiatria do HUSM. No período destinado à coleta de dados da pesquisa atingiu-se uma amostra composta por 41 indivíduos.

Foram critérios de inclusão: ser portador de TB-I em eutímia; ter idade entre 25 e 60 anos; não ser portador de déficits auditivos ou visuais não corrigidos; não ter abusado de substâncias psicoativas no último ano; não ser portador de danos cerebrais; não possuir doença degenerativa; não ser portador de retardo mental; e, não ter sido submetido à Eletroconvulsoterapia (ECT) nos últimos seis meses.

Os dados sócio-demográficos e clínicos dos foram obtidos nos prontuários médicos e através de entrevista com os portadores de TB-I. Essa entrevista baseou-se no protocolo de dados sócio-demográficos, desenvolvido pelos pesquisadores responsáveis para esse estudo. Para a verificação do estado de humor atual dos participantes da pesquisa foram utilizadas as escalas Young de Mania (YMRS), com pontuação ≤ 8 pontos e Hamilton de Depressão (HDRS), com pontuação ≤ 6 (Martínez-Arán et al., 2004a,b).

Após a concordância em participar da pesquisa e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, foram aplicados o protocolo de pesquisa, e as escalas de humor. Desta forma, foram respeitadas as normas bioéticas que regulamentam os estudos com seres humanos vigentes no país (Conselho Federal de Psicologia, Resolução nº 016/2000, Conselho Nacional de Saúde, Resolução nº 196/96 - Brasil, 1996). O projeto de pesquisa foi submetido à análise do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), protocolado pelo número 23081.014362/2009-77.

APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Perfil sócio-demográfico dos sujeitos de pesquisa

A constituição do grupo pesquisado – portadores de TB-I – teve predominância do gênero feminino, (68,3%). Este achado concorda com os estudos de Andersson, Lövdal e Malt (2010), Dias, Brissos e Carita (2008) e Lahera et al. (2008), que indicam predomínio de mulheres em amostras de portadores do TB. Esta informação pode estar relacionada, por exemplo, com o fato de mulheres bipolares procurarem mais atendimento do que os homens (Moreno & Dias, 2008).

Com relação às idades dos sujeitos observa-se que há uma concentração de respondentes entre 36 e 55 anos. Destacam-se duas faixas, 31 a 35 anos e 51 a 55 anos, cada uma com 19,5% de sujeitos. A idade média dos entrevistados foi 42,8 anos ($dp = 8,90$). Estes dados são similares àqueles de outros grupos estudados por diversos pesquisadores (Altshuler et al., 2004, Barrett, Kelly, Bell, & King, 2008, Bora et al., 2007, Clark, Sarna, & Goodwin, 2005). Alguns autores apontam que a idade de início do TB costuma ser entre o final da adolescência e o início da idade adulta, sendo essa doença de difícil diagnóstico, e a investigação diagnóstica pode se estender até uma década (Ghaemi, Saggese, & Goodwin, 2007, Goodwin & Jamison, 2010). Isso talvez explique o elevado número de estudos que avaliam a faixa de idade entre 25 e 60 anos, onde o diagnóstico já estaria estabelecido.

Com relação ao nível de escolaridade, observa-se uma distribuição equilibrada, ao se considerar os níveis: fundamental incompleto, 26,8%; até médio incompleto, 26,8%; e, médio completo, 26,8%. O ingresso no ensino superior teve uma frequência de 19,5%, sendo que, destes, 12,2% o concluíram. Tais dados parecem apontar para dificuldades dos portadores de TB em evoluir na escolaridade, em função de prejuízos cognitivos anteriores ao desenvolvimento da doença; o que favoreceria a hipótese de alterações no neurodesenvolvimento (Kapczinski et al., 2009).



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

O tempo de escolaridade teve uma média de 9,41 ($dp= 3,96$) anos. Na literatura pesquisada apenas os estudos de Dias, Brissos e Carita (2008), Dittmann et al. (2008) e Kolur, Reddy, John e Kandavel (2006) concordam com os achados desta investigação, pois em outros estudos consultados a escolaridade média ultrapassa 12 anos (Altshuler et al., 2004, Clark, Sarna, & Goodwin, 2005, Goswani et al., 2009, Martinés-Aran et al., 2004b, 2007). Esta característica parece ser própria da amostra deste estudo, considerando que os participantes são pacientes de um hospital público que atende exclusivamente o SUS, no interior do estado. Acredita-se que os participantes desse estudo apresentam menor escolaridade média que a de outros estudos realizados em capitais ou centros economicamente mais desenvolvidos.

Com relação à situação laboral verifica-se que apenas 29,3% dos sujeitos apresentam alguma atividade laboral. Com relação à situação de aposentadoria ou recebimento de auxílio doença encontrou-se 24,4% (dez participantes). Outra diferença foi encontrada nos participantes que declararam como ocupação ser ‘dona de casa’; a ocorrência foi de 19,5% nesta situação. Tais dados podem evidenciar as dificuldades enfrentadas pelos portadores de TB quanto ao desempenho profissional. Os resultados aqui encontrados estão em conformidade com os descritos nos estudos de Dias et al. (2008), Kolur et al. (2006) e Martinés-Aran et al. (2007). Tais dados podem refletir o nível de gravidade do TB e as consequências negativas da doença, mostrando uma maior tendência ao desemprego e a uma formação inferior, resultando em baixo *status* socioeconômico (Goodwin & Jamison, 2010).

Estudos indicam que mesmo em pacientes com níveis educacionais elevados, os índices de desemprego ou de ocupação em nível inferior à qualificação, indicam o grave comprometimento e incapacitação gerada pelo transtorno (Moreno & Dias, 2008). De acordo com Magalhães e Pinheiro (2009) estudos populacionais com pacientes portadores de TB indicam um maior absenteísmo e presenteísmo, o que pode estar relacionado ao baixo desempenho laboral e à baixa expectativa de progressão funcional.

Ao estabelecer o perfil da cor da pele dos sujeitos do estudo percebe-se a predominância da etnia ‘branco’, sendo 85,4%. As demais etnias foram reunidas na categoria ‘não-branco’ (14,6%). Segundo Altshuler et al. (2004) a etnia caucasiano ficou em 90% nos portadores de TB e em 69% no grupo de controles saudáveis; afro



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

descendentes, ocuparam 7% dos portadores de TB e 23% no grupo de controles saudáveis, estando os restantes nas categorias de ‘latinos’ e ‘asiáticos’.

Os dados apresentados por este estudo refletem características da população gaúcha, conforme último censo publicado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (Brasil, 2008), que aponta a etnia branca como predominante no estado do Rio Grande do Sul (82,3% dos casos). Porém, cabe ressaltar que, dados epidemiológicos internacionais mais recentes indicam que não há forte associação entre etnia e o TB.

Considerando a situação conjugal dos sujeitos de pesquisa percebe-se uma relação equilibrada entre as diferentes categorias, sendo que não houve associação estatisticamente significativa entre as variáveis grupo e situação conjugal. A literatura aponta para uma tendência dos indivíduos com TB apresentarem maior dificuldade para manter uma relação conjugal estável. Dados encontrados no estudo de Altshuler et al. (2004) e de revisão de Moreno e Dias (2008), nos quais os autores sugerem uma associação do TB com pessoas solteiras ou divorciadas. Provavelmente, o início precoce da doença, as perdas e prejuízos associados ao TB geram estresse ambiental e tornam os indivíduos com TB mais vulneráveis e com maiores dificuldades para manter relações conjugais estáveis (Goodwin & Jamison, 2010, Moreno & Dias, 2008).

A renda familiar se encontra no patamar de até dois salários mínimos (em valores considerados por ocasião da coleta de dados). Esta baixa renda dos participantes pode ser justificada por ser o local de coleta dos dados uma instituição hospitalar pública.

Perfil clínico dos sujeitos de pesquisa

Os dados clínicos evidenciam que os sujeitos de pesquisa tiveram seu primeiro episódio de TB, predominantemente na faixa de 21 a 25 anos (21,9%). No entanto, se considerados intervalos de vinte anos, de modo acumulado, o primeiro intervalo, até 20 anos, apresentou 31,8% dos casos e o segundo intervalo, dos 21 aos 40 anos, indicou 63,5% de incidência.

Em diversos estudos da literatura consultada, as idades de ocorrência do primeiro episódio de TB encontram similaridade com os achados da presente investigação (Altshuler et al., 2004, Barrett et al., 2008, Dias, Brissos, & Carita, 2008, Dittmann et al.,



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

2008, Goswami et al., 2006, Lahera et al., 2008, Martinés-Aran et al., 2004a,b, 2007, Sánchez-Morla et al., 2009). Alguns estudos de revisão (Goodwing & Jamison, 2010, Moreno & Dias, 2008) apontam que as médias de início do transtorno são as idades de 17, 27 e 46 anos, que correspondem aos modelos de início precoce, intermediário e tardio do TB. Nestes modelos ocorreria uma associação entre a idade de início, os fatores etiológicos e as características clínicas específicas dos portadores. Os principais fatores desencadeadores do início do TB podem ser: estresse ambiental, abuso de substâncias, carga genética e comorbidades clínicas ou psiquiátricas.

Além disso, a literatura tem apontado para uma tendência do TB em idades cada vez mais precoces (Goodwing & Jamison, 2010, Newman, Browner, Cummings, & Hulley, 2008). Parker, Brotchie e Fletcher (2006) consideram que vem ocorrendo um fenômeno de antecipação, no qual em gerações sucessivas ou ocorre uma diminuição da idade de incidência da doença ou a mesma aumenta a sua gravidade. Segundo esses autores, a bipolaridade está aparecendo em idades mais precoces em função da presença de maiores riscos (estresses ambientais) na vida dos portadores. Além disso, essa presença precoce se associa a um maior número de mortes por tentativas de suicídio, declaradas ou não, ou pelo desgaste fisiopatológico gerado pela própria doença, no qual o TB se associa à presença de outros transtornos clínicos. Goodwin e Jamison (2010), por sua vez, consideram que essa tendência em função dos seguintes fatores: a) o aumento do uso de substâncias psicoativas na sociedade atual, que associa-se a um aumento de resistência ao lítio (usado no tratamento do TB); b) os possíveis portadores de bipolaridade estão mais sujeitos ao estresse na sociedade atual, em função de maiores taxas de divórcio, menor presença de redes de apoio social entre outros fatores; c) o TB pode estar associado a fatores genéticos mais instáveis que, com o passar do tempo (nas gerações sucessivas), desenvolvem formas mais malignas de acometimento do transtorno.

O tempo de duração da patologia esteve com maior frequência entre 16 e 30 anos; aproximadamente 51,2% dos casos se enquadravam nessa situação, sendo que 21,9% dos portadores apresentava TB na faixa de 21 a 25 anos. Na literatura consultada foram encontradas as seguintes médias: no estudo de Altshuler et al. (2004) 24,9 anos (d.p. 11,3), Barrett et al. (2008) 13,3 anos (d.p. 8,78), Goswami et al. (2006) 17,82 anos (d.p. 12,13) e Martinés-Arán et al. (2004b) 15,0 anos (d.p. 8,4). Ao observar as médias e os desvios-padrão destes estudos, bem como as da presente pesquisa, pode-se perceber que o TB é um



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

transtorno crônico, recorrente, que uma vez identificado, necessita de acompanhamento a longo prazo de seu portador (Figueiredo, Souza, Dell'Áglio, & Argimon, 2009, Kapczinski et al., 2009). Existe uma série de fatores precipitadores de episódios bipolares associados a estressores ambientais e psicossociais, bem como biológicos (Frey, Fonseca, Machado-Vieira, Soares, & Kapczinski, 2004).

Existe uma lacuna significativa de tempo entre o começo da doença e o início do tratamento (Goodwing & Jamison, 2010). Precisar o momento no qual ocorre o início do transtorno representa um desafio para os clínicos e pesquisadores, pois inúmeros fatores afetam essa precisão, entre outros: incertezas sobre o momento a ser considerado como início da doença, se é o primeiro episódio ou sua primeira internação; dificuldades para estabelecimento do diagnóstico; incorreções quanto ao diagnóstico (Larach, 2005, Magalhães & Pinheiro, 2009, Rouillon, 2005). É fundamental um diagnóstico precoce do TB. A dificuldade diagnóstica pode estar associada a um pior prognóstico, pois estudos mostram que quanto maior o número de episódios, maiores dificuldades cognitivas, maiores dificuldades de adesão ao tratamento e, conseqüentemente, maiores perdas psicossociais (Costa, 2008, Figueiredo et al., 2009).

O primeiro uso de medicação psiquiátrica concentrou-se nas faixas etárias de 21 a 25 anos (31,7%) e de 31 a 35 anos (21,9%), sendo que se forem considerados cumulativamente os intervalos de 16 a 35 anos tem-se 85,3% dos portadores recebendo alguma medicação psiquiátrica até os 35 anos. Esses resultados são concordantes com os dados obtidos em outros estudos (Altshuler et al., 2004, Barrett et al., 2008, Dias, Brissos, & Carita, 2008, Dittmann et al., 2008, Kolur et al., 2006, Lahera et al., 2008, Martínés-Aran et al., 2004 a,b, 2007, Ozdel, Karadag, Atesci, Oguzhanoglu, & Cabuk, 2007).

Ressalta-se que a partir dos anos 1990 houve um renascimento de estudos sobre transtornos de humor, dentre eles o TB (Gahemi, Saggese, & Goodwin, 2007). Em especial sobre dados relacionados àqueles encontrados na primeira hospitalização, podendo significar que o portador de TB passa a fazer uso de medicamentos psiquiátricos após a identificação do transtorno que, já em sua primeira manifestação, pode apresentar uma expressão grave. Desta forma, os portadores de TB que não apresentam sintomatologia franca, podem passar despercebidos, gerando prejuízos aos indivíduos que não recebem tratamento psicofarmacológico, fundamental ao controle da doença (Goodwing & Jamison, 2010, Souza, 2009).



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Foi possível identificar os sujeitos de pesquisa, predominantemente, com dois tipos de episódios de TB, mania (53,7%) e depressão (41,7%); sendo que 58,5% dos portadores apresentaram a presença de psicose no primeiro episódio. A psicose é um sintoma indicativo da gravidade do transtorno, podendo ocorrer tanto no episódio maníaco como no depressivo ou mesmo no misto, podendo indicar a gravidade de expressão do TB já em seu primeiro episódio.

Moreno (2008) considera que, no episódio depressivo grave com sintomas psicóticos, os delírios e/ou alucinações podem ou não ser congruentes com o humor. Geralmente os conteúdos envolvem culpa, aniquilação, doença, morte. Os sintomas psicóticos na mania envolvem, comumente, delírios de grandeza de cunho religioso, financeiro, sexual, político ou paranóide, podendo levar a uma confusão deste episódio com um surto de esquizofrenia. Este quadro pode resultar da evolução de uma hipomania leve, com humor eufórico ou irritável que, se não tratados, serão sucedidos por disforia intensa, hiperatividade psicomotora e hostilidade. Nos estados mistos com sintomas psicóticos observa-se a presença concomitante de sintomas maníacos e depressivos, acompanhados de pensamentos delirantes, grave irritabilidade, podendo chegar a demonstrações de violência e auto ou heteroagressividade, incontroláveis (Costa, 2008).

No que se refere às características próprias de hospitalizações psiquiátricas, percebe-se que estas ocorreram em 80,5% dos casos. Assim, 24,4% dos portadores tiveram apenas uma hospitalização; 19,5% realizaram duas; e 12,2% foram hospitalizados até quatro vezes. Achados semelhantes aos aqui descritos foram encontrados por diversos autores (Juselius, Kieseppä, Kaprio, Lönnqvista, & Tuulio-Henriksson, 2009, Kolur et al., 2006, Lahera et al., 2008, Martínez-Aran et al., 2004a, 2007, Nehra, Chakrabarti, Pradhan, & Khehra, 2006, Sánchez-Morla et al. 2009).

Estudos apontam que o número de hospitalizações está relacionado ao fator longitudinal de gravidade da doença, ou seja, a pior evolução da doença (Dias, Brissos, & Carita, 2008, Robinson & Ferrier, 2006). Goodwin e Jamison (2010) lembram que os pacientes que necessitam de hospitalização se encontram em episódios de gravidade moderada a alta, apresentando riscos para si e para os outros. Em episódios maníacos, expressões de desesperança são indicativos de hospitalização imediata, devido a uma combinação especialmente perigosa de humor desconfortável com sintomas de desinibição, paranóia e ativação comportamental, que podem levar ao suicídio. Ressalta-se



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

que a hospitalização oportuniza o monitoramento, tanto de sintomas quanto da adesão ao tratamento realizada pelo portador, bem como as condições da rede social de prover auxílio àquele paciente (Godwin & Jamison, 2010).

Dos participantes desse estudo, 41,5% relataram ter realizado ao menos uma tentativa de suicídio, tendo sido relatada até seis tentativas por um dos indivíduos. Uma tentativa ocorreu em 17,1% dos casos; duas tentativas em 9,8% e cinco tentativas em 7,3% dos indivíduos pesquisados. Esses dados são similares àqueles encontrados em outros estudos, como aqueles apresentados por Martinés-Arán et al. (2002, 2004b) e Sánchez-Morla et al. (2009). Esses autores lembram que o TB, dentre as doenças psiquiátricas, é a patologia que está mais associada ao comportamento suicida (Goodwin & Jamison, 2010). Por outro lado, Neves, Malloy-Diniz e Corrêa (2009) observam que o TB está associado a maior risco de mortalidade prematura, sendo o suicídio o maior responsável pela mortalidade precoce destes pacientes.

Outro dado investigado nesse estudo foi o número de familiares de primeiro grau dos portadores de TB que também apresentavam TB. Percebeu-se que 26,8% possuem uma pessoa na família com TB; 12,2% possuem dois casos e um dos participantes (2,4%) indicou haver quatro familiares com TB em sua família. Isso mostra as fortes evidências de componentes genéticos no TB, encontradas, também, em outros estudos (Hayden & Nurnberger, 2008, Tramontina, Miranda, Silva, & Romano-Silva, 2009).

Cabe lembrar que a presença de um familiar, em primeiro ou segundo grau com TB, é fator gerador de hipótese, nos casos de depressão, da possibilidade de depressão bipolar (Hayden & Nurnberger, 2008). Essa informação é relevante de ser questionada em entrevistas clínicas, pois, de acordo com Goodwin e Jamison (2010, p. 224): “Infelizmente, a história familiar é excluída dos estudos epidemiológicos, sobretudo, porque coletar informações precisas sobre história familiar consome muito tempo”.

Comorbidades clínicas e psiquiátricas não foram abordadas nesse estudo, embora consideradas importantes. Macedo-Soares e Moreno (2008) relatam que grande parte de estudos clínicos e epidemiológicos apontam dificuldades em avaliar comorbidades e outras formas do espectro bipolar que não o TB-I, não havendo informações precisas das relações entre o TB e comorbidades psiquiátricas. Por outro lado, destaca-se que os médicos psiquiatras e residentes que estavam acompanhando os casos, encaminharam apenas indivíduos com TB-I que se encontravam em eutímia.



CONSIDERAÇÕES FINAIS

O TB envolve uma complexidade de fatores que exigem um comprometimento de pesquisadores e clínicos na busca por conhecimentos que tornem possível a promoção de ações que permitam minimizar os prejuízos decorrentes desse transtorno.

Ressalta-se que não foi pretensão deste estudo esgotar a análise de todas as relações possíveis entre as variáveis coletadas, nem sugerir relações de causa-efeito entre essas variáveis. Optou-se nesse momento por uma abordagem exploratória que permitisse conhecer melhor a população de pacientes bipolares atendida na HUSM, tanto em suas características demográficas quanto clínicas, procurando identificar um perfil desses indivíduos. Pretende-se, em estudos e publicações futuras, realizar diferentes tipos de análises que incluam outras variáveis, que foram coletadas pelos instrumentos de pesquisa e não analisadas neste momento.

Considera-se que conhecer a realidade clínica e social desta clientela, bem como aspectos do seu funcionamento executivo é relevante, uma vez que o TB pode estar relacionado a prejuízos funcionais que interferem significativamente na rotina e na dificuldade em aderir ao tratamento. Conhecer esses possíveis prejuízos pode viabilizar condições de oferecer aos pacientes melhores possibilidades de enfrentamento dessas dificuldades e de reabilitação. Com base nos resultados descritos, torna-se compreensível que a vida social, familiar e ocupacional dos pacientes com TB é afetada, sendo necessário levar estes aspectos em consideração numa abordagem terapêutica mais abrangente e eficaz oferecida ao paciente.

Martínez-Arán et al. (2004b, 2007) sugerem investigar os prejuízos cognitivos em amostras de pacientes com diferentes características psicossociais, com vistas a planejar tratamentos a longo prazo para TB. Para os autores, alternativas clínicas são necessárias para estabelecer diferentes intervenções psicológicas, como adjuvantes aos tratamentos farmacológicos, pois, essa combinação poderá minimizar efeitos indesejáveis atenderá melhor às necessidades psicossociais dos portadores de TB.

Considera-se que portadores de TB e seus familiares e o próprio sistema de saúde brasileiro poderiam beneficiar-se do conhecimento obtido através de estudos como este. Entende-se que um acompanhamento cuidadoso das características através de propostas de



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

reabilitação e psicoeducação à realidade vivenciada por esses pacientes, tornaria possível a redução dos custos gerados pelas dificuldades funcionais em decorrência do TB, que se refletem nos contextos em que estes indivíduos estão inseridos. Este estudo produziu um conjunto de informações capazes de despertar o interesse por novas investigações e contribuições, quanto aos aspectos sociais e clínicos dos portadores de TB.

REFERÊNCIAS

- Akiskal, H. S. (2005). L'émergence des troubles bipolaires. *L'Information Psychiatrique*, 81, 857-861.
- Altshuler, L. L., Ventura, J., Van Gorp, W. G., Green, M. F., Theberge, D. C., & Mintz, J. (2004). Neurocognitive Function in Clinically Stable Men with Bipolar I Disorder or Schizophrenia and Normal Control Subjects. *Biol Psychiatry*, 56, 560-569.
- Andersson, S., Lövdahl, H., & Malt, U. F. (2010). Neuropsychological function in unmedicated recurrent brief depression. *J Affect Disord*, 125, 155-164.
- APA. Associação Psiquiátrica Americana. (2002). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais DSM-IV-TR*. (4a ed. rev. e ampl.) Porto Alegre: Artmed.
- Barrett, S. L., Kelly, C., Bell, R., & King, D. J. (2008). Gender influences the detection of spatial working memory deficits in bipolar disorder. *Bipolar Disord*, 10, 647-654.
- Berk, M. Apresentação. (2009). In F. Kapczinski, & J. Quevedo (Orgs). *Transtorno Bipolar: teoria e clínica* (p.11). Porto Alegre: Artmed.
- Bora, E., Vahip, S., Akdeniz, F., Gonul, A. S., Eryavuz, A., Ogut, M., & Alkan, M. (2007). The effect of previous psychotic mood episodes on cognitive impairment in euthymic bipolar patients. *Bipolar Disord*, 9(5), 468-477.
- Brasil. Conselho Nacional de Saúde. (1996). *Resolução 196/96*: Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2008). *Síntese de Indicadores Sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira*. (v. 23). Rio de Janeiro: IBGE.
- Clark, L., Sarna, A., & Goodwin, G. M. (2005). Impairment of Executive Function But Not Memory in First-Degree Relatives of Patients With Bipolar I Disorder and in Euthymic Patients With Unipolar Depression. *Am J Psychiatry*, 162 (10).



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

- Costa, A. M. N. (2008). Transtorno afetivo bipolar: carga da doença e custos relacionados. *Rev Psiq Clín*, 35(3), 104-110.
- Del-Porto, J. A., & Del-Porto, K. O. (2005). História da caracterização nosológica do transtorno bipolar. *Rev Psiq Clín*, 32(1), 7-14.
- Dias, V. V., Brissos, S., & Carita, A. I. (2008). Clinical and neurocognitive correlates of insight in patients with bipolar I disorder in remission 2008. *Acta Psychiatr Scand*, 117, 28-34.
- Dittmann, S., Hennig-Fast, K., Gerber, S., Seemüller, F., Riedel, M., Severus, W.E., Langosch, J., Engel, R. R., Möller, H-J., & Grunze, H. C. (2008). Cognitive functioning in euthymic bipolar I and bipolar II patients. *Bipolar Disord*, 10, 877-887.
- Figueiredo, A. L., Souza, J., Dell'Áglio J. R., & Argimon, I. I. L. (2009). O uso da psicoeducação no tratamento do transtorno bipolar. *Rev Bras Ter Comp Cogn*, 11(1), 15-24.
- Frey, B. N., Fonseca, M. M. R., Machado-Vieira, R., Soares, J. C., & Kapczinski, F. (2004). Anormalidades neuropatológicas e neuroquímicas no transtorno afetivo bipolar. *Rev Bras Psiquiatr*, 26(3), 180-188.
- Ghaemi, S. N., Saggese, J., & Goodwin, F. K. (2007). Diagnóstico da depressão bipolar. In S. N. Ghaemi. *Depressão Bipolar: um guia abrangente*. (pp.3-36). Porto Alegre: Artmed.
- Gil, A. C. (2002). *Como Elaborar Projetos de Pesquisa*. (4a ed.). São Paulo: Atlas.
- Goodwin F. K., & Jamison, K. R. (2010). Doença maníaco depressiva: transtorno bipolar e depressão recorrente. Tradução de Irineu S. Ortiz, Régis Pizzato, Ronaldo Cataldo Costa. 2.ed. Porto Alegre: Artmed,.
- Goswami, U., Sharma, A., Khastigir, U., Ferrier, I. N., Young, A. H., Gallagher, P., Thompson, J. M., & Moore, P. B. (2006). Neuropsychological dysfunction, soft neurological signs and social disability in euthymic patients with bipolar disorder. *Br J Psychiatry*, 188, 366-373.
- Goswami, U., Sharma, A., Varma, A., Gulrajani, C., Ferrier, I. N., Young, A. H., Gallagher, P., Thompson, J. M., & Moore, P. B. (2009). The neurocognitive performance of drug-free and medicated euthymic bipolar patients do not differ. *Acta Psychiatr Scand*, 120, 456-463.
- Guze, S. B., & Robins, E. Suicide and Primary Affective Disorders. (1970). *Br J Psychiatry*, 117, 437-438.
- Hayden, E., & Nurnberger Jr, J. Genética do transtorno bipolar. (2008). In R. S. El-Mallakh, & S. N. Ghaemi, *Depressão bipolar um guia abrangente*. (pp.71-97). Porto Alegre: Artmed.



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

- Juselius, S., Kieseppä, T., Kaprio, J., Lönnqvista, J., & Tuulio-Henriksson, A. (2009). Executive Functioning in Twins with Bipolar I Disorder and Healthy Co-Twins. *Arch Clin Neuropsychol*, 24, p. 599-606.
- Kapczinski, F., Andreazza, A. C., & Salvador, M. (2008). Mediadores do déficit cognitivo e comorbidades clínicas no transtorno bipolar: análise de marcadores periféricos de estresse oxidativo, dano ao DNA e apoptose. Porto Alegre: UFRGS.
- Kapczinski, N. S., Martínez-Arán, A., Peuker, A. C. W. B., Narvaez, J. C. M., Font, C. T., & Pascual, E. V. (2009). Funções cognitivas no transtorno bipolar. In F. Kapczinski, & J. Quevedo (Orgs). *Transtorno Bipolar: teoria e clínica*. (pp.102-127). Porto Alegre: Artmed.
- Kolur, U. S., Reddy, Y. C. J., John, J. P., Kandavel, T., & Jain, S. (2006). Sustained attention and executive functions in euthymic Young people with bipolar disorder. *Br J Psychiatry*, 189, 453-458.
- Kunz, M., Gomes, F. A., Gazalle, F. K., Dias, V. V., & Del Porto, J. A. (2009). Fenomenologia do Transtorno Bipolar: Nomenclatura e Curso da Doença. In F. Kapczinski, & J. Quevedo (Orgs). *Transtorno Bipolar: Teoria e Clínica*. (pp. 74-84). Porto Alegre: Artmed.
- Lahera, G., Montes, J. M., Benito, A., Valdivia, M., Medina, E., Mirapeix, I., & Sáiz-Ruiz, J. (2008). Theory of mind deficit in bipolar disorder: Is it related to a previous history of psychotic symptoms? *Psychiatry Resh*, 161, 309-317.
- Larach, V. (2005). Consideraciones clínicas sobre los trastornos bipolares especialmente los llamados espectro bipolar “soft”. *Rev Méd Clín las Condes*, 16(4), 195-208.
- Lima, M. S., Tassi, J., Novo, I. P., & Mari, J. J. (2005). Epidemiologia do transtorno bipolar. *Rev Psiq Clin*, 32(1), 15-20.
- Macedo-Soares, M. B., & Moreno, D. H. (2008). Comorbidades. In: R. A. Moreno, & D. H. Moreno (Orgs). *Da psicose maniaco-depressiva ao espectro bipolar*. (2a ed., pp.191-230). São Paulo: Segmento Farma.
- Magalhães, P. V. S., & Pinheiro, R. T. (2009). Epidemiologia do transtorno bipolar. In F. Kapczinski, J. Quevedo (Orgs). *Transtorno Bipolar: Teoria e Clínica*. (pp.17-27). Porto Alegre: Artmed.
- Martínez-Arán, A., Vieta, E., Reinares, M., Colom, F., Torrent, C., Sánchez-Moreno, J., Benabarre, A., Goikolea, J. M., Comes, M., & Salamero, M. (2004a). Cognitive Function Across Manic or Hypomanic, Depressed, and Euthymic States in Bipolar Disorder. *Am J Psychiatry*, 161, 2.



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

- Martínez-Arán, A., Vieta E., Colom F., Torrent C., Sánchez-Moreno J., Reinares M., Benabarre, A., Goikolea J. M., Brugué, E., Daban, C., & Salamero, M. (2004b). Cognitive impairment in euthymic bipolar patients: implications for clinical and functional outcome. *Bipolar Disord*, 6, 224-32.
- Martínez-Arán, A., Vieta, E., Torrent, C., Sanchez-Moreno J., Goikolea, J. M., Salamero, M., Malhi, G. S., Gonzalez-Pinto, A., Daban, C., Alvarez-Grandi, S., Fountoulakis, K., Kaprinis, G., Tabares-Seisdedos, R., & Ayuso-Mateos, J. L. (2007). Functional outcome in bipolar disorder: the role of clinical and cognitive factors. *Bipolar Disord*, 9(1-2), 103-113.
- Moreno, D. H., & Andrade, L. H. (2005). The lifetime prevalence, health service utilization and risk of suicide in bipolar spectrum subjects, including subthreshold categories in the São Paulo ECA study. *J Affect Desord*, 87, 231-241.
- Moreno, D. H. (2008). Quadro clínico dos subtipos do espectro bipolar. In R. A. Moreno, D. H. Moreno (Orgs). *Da psicose maníaco-depressiva ao espectro bipolar*. (2a ed., p.147-146). São Paulo: Segmento Farma.
- Moreno, D. H., & Dias, R. S. Epidemiologia. (2008). In R. A. Moreno, & D. H. Moreno (Orgs). *Da psicose maníaco-depressiva ao espectro bipolar*. (2a ed., pp. 123-146). São Paulo: Segmento Farma.
- Nehra, R., Chakrabarti, S., Pradhan, B.K., & Khehra, N. (2006). Comparison of cognitive functions between first- and multi-episode bipolar affective disorders. *J Affect Disord*, 93, 185-192.
- Neves, F. S., Malloy-Diniz, L. F., & Corrêa, H. (2009). Suicidal behavior in bipolar disorder: what is the influence of psychiatric comorbidities? *J. Clin. Psychiatry*, 70(1),13-18.
- Newman, T. B., Browner, W. S., Cummings, S. R., & Hulley, S. B. (2008). Delineando estudos transversais e de caso-controle. In S. B. Hulley, S. R. Cummings, W. S. Browner, D. Grady, N. Hearst, & T. B. Newman. *Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica*. (pp. 127-144). Porto Alegre: Artmed..
- OMS. Organização Mundial da Saúde. (1992). *Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Ozdel, O., Karadag, F., Atesci, F. C., Oguzhanoglu, N. K., & Cabuk, T. (2007). Cognitive functions in euthymic patients with bipolar disorder. *Ann Saudi Med*, 27(4), 273-278.



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

- Parker, G., Brotchie, H., & Fletcher, K. (2006). An increased proportional representation of bipolar disorder in younger depressed patients: Analysis of two clinical databases. *J Affect Disord*, 95, 141-144.
- Robinson, L. J., & Ferrier, N. (2006). Evolution of cognitive impairment in bipolar disorder: a systematic review of cross-sectional evidence. *Bipolar Disord*, 8, 103-116.
- Rocca, C. C. A., & Lafer, B. (2006). Alterações neuropsicológicas no transtorno bipolar. *Rev Bras Psiquiatr*, 28(3), 226-237.
- Rocca, C. C. A., & Lafer, B. (2008). Neuropsicologia do Transtorno Bipolar. In D. Fuentes, L. Malloy-Diniz, C. H. Camargo, & R. M. Consenza. *Neuropsicologia: teoria e prática*. (pp.265-276). Porto Alegre: Artmed.
- Rouillon, F. (2005). Épidémiologie des troubles bipolaires. *L'information psychiatrique*, 81, 863-868.
- Sánchez-Morla, E. M., Barabash, A., Martínez-Vizcaíno, V., Tabarés-Seisdedos, R., Balanzá-Martínez, V., Cabranes-Díaz, J. A., Baca-Baldomero, E., & Gómez, J. L. S. (2009). Comparative study of neurocognitive function in euthymic bipolar patients and stabilized schizophrenic patients. *Psychiatry Res*, 169, 220-228.
- Santin, A., Ceresér, K., & Rosa, A. (2005). Adesão ao tratamento no transtorno bipolar. *Rev Psiquiatr Clín*, 32(1), 105-109.
- Souza, F. G. M. (2005). Tratamento do transtorno bipolar: Eutímia. *Rev Psiquiatr Clín*, 32(1), 63-70.
- Souza, F. G. M. (2009). Transtorno bipolar: tratamento de manutenção. In F. Kapczinski, J. Quevedo, (Orgs). *Transtorno Bipolar: Teoria e Clínica*. (pp.228-240). Porto Alegre: Artmed.
- Suppes, T., & Dennehy, E. B. (2009). *Transtorno Bipolar*. (Trad. Marina Fodra). Porto Alegre: Artmed.
- Ten Have, M., Vollebergh, W., Bijl, R., & Nolen, W. A. (2002). Bipolar disorder in the general population in The Netherlands (prevalence, consequences and care utilisation): results from The Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *J Affect Disord*, 68, 203-213.
- Tramontina, J. F., Miranda, D. M., Silva Filho, H. C., & Romano-Silva, M. A. (2009). Genética e transtorno bipolar. In F. Kapczinski, & J. Quevedo, (Orgs). *Transtorno Bipolar: Teoria e Clínica*. (p.61-73). Porto Alegre: Artmed.



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Uma noção de campo na redução de danos

Leonardo Kozoroski Oliveira ¹

¹ Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões (URI)
Campus Santiago-RS

Palavras-chave: Redução de Danos; Drogas; Cartografia.

Intellectualmente, alimentei-me
exclusivamente de serragem – serragem,
aliás, que já havia sido mascada por
milhares de maxilares antes de mim.
Franz Kafka

Este trabalho nasceu dos encontros tornados possíveis no curso de formação “Projeto Ítaca: Redução de Danos: ferramenta para a atuação no campo das drogas³²”. O curso reuniu vinte e duas pessoas, entre elas, nove redutores de danos e treze profissionais das áreas da saúde, atuantes no Rio Grande do Sul, cujas ações têm como foco a Redução de Danos (RD). A partir dos encontros desses profissionais, promovidos pelo *Projeto Ítaca*, pretende-se expor os distintos modos que configuram a atuação de campo nas suas práticas de RD.

Diferente da abordagem tradicional com usuários de drogas ilícitas, feita em instituições judiciais e de saúde, desde protocolos estabelecidos *a priori* sobre desvios de conduta e estados de saúde comparados com os ditos *normais*, nossa proposta arriscar-se-á mostrar os caminhos pelos quais o trabalho de campo do redutor de danos se constitui: os espaços onde se apresentam, dificuldades que encontram, seus modos de agir e, principalmente, a escolha de não tratar o uso de drogas como infração nem como doença, mas como *movimento de vida*.

³²“Projeto Ítaca: Redução de Danos como ferramenta para práticas intersetoriais em saúde”. Foi uma realização do Laboratório de Educação em Ciências e Química do Centro de Educação da Universidade Federal de Santa Maria – UFSM com financiamento do Ministério da Saúde e coordenado por Guilherme Carlos Corrêa. No correr do texto será nomeado “Projeto Ítaca” ou somente “Ítaca”.



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Lançamos mão da noção de cartografia interessados mais na invenção do que em qualquer outra forma de atuação pré-definida, uma vez que, o redutor de danos carrega consigo um princípio extra/moral em relação à moral estabelecida pelo que se configura como *guerra às drogas*. Neste contexto, a opinião que se tem sobre drogas (principalmente as ilícitas) é uma reprodução do que recebemos por meio de informações em jornais e programas de TV. Esses meios de comunicação de massa enfatizam as drogas como corporificação do mal. Na guerra entre o bem e o mal que promovem os defensores da guerra as drogas fazem o *bem*, enquanto os usuários de drogas são responsáveis pelo *mal*. Mas quem faz o bem, faz o quê para o usuário de drogas? Essas estratégias na grande parte das vezes vêm em forma de punição (aprisionamento, medidas sócio educativas, penas alternativas), e terapias, muitas vezes compulsórias (internações em hospitais psiquiátricos, fazendas terapêuticas e clínicas de recuperação).

Rolnik (2007), ao apresentar o procedimento do cartógrafo, dá consistência ao que também podemos chamar de procedimento de trabalho do redutor de danos. “Ora, estes [os procedimentos] tampouco importam, pois o cartógrafo sabe que deve “inventá-los” em função daquilo que pede o contexto em que se encontra” (Rolnik, 2007, p. 66). Neste caso, o redutor de danos, também, não segue nenhuma espécie de protocolo normalizado nem se submete a qualquer tipo de princípios, ou, assim como Rolnik, podemos “até dizer que seu princípio é um anti-princípio: um princípio que o obriga a estar sempre mudando de princípios” (Rolnik, 2007, p. 68).

O que muitos profissionais consideram como doença ou ato de infração a leis de conduta são, na cartografia, intensidades dos corpos, perspectivas, potências de vida. Essas potências podem ser atualizadas de infinitos modos. Por isso, para o cartógrafo, e, também, a partir de agora incluo o redutor de danos, no que se refere ao objeto de trabalho, “importa é que ele esteja atento às estratégias do desejo em qualquer fenômeno da existência humana que se propõe perscrutar”. (Rolnik, 2007, p. 65). O cartógrafo precisa entender, mas

“entender”, para o cartógrafo, não tem nada a ver com explicar e muito menos com revelar. Para ele não há nada em cima - céus da transcendência -, nem embaixo - brumas da essência. O que há em cima, embaixo e por todos os lados são intensidades buscando expressão. E o que ele quer é mergulhar na geografia



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

dos afetos e, ao mesmo tempo, inventar pontes para fazer sua travessia: pontes de linguagem. (Rolnik, 2007, p. 66)

Ainda nas palavras da autora, para o cartógrafo pouco importam suas referências teóricas, mas sim as estratégias cartográficas, ou melhor, o cartógrafo se transforma com as “paisagens” cuja formação ele acompanha. Na visão da autora, o cartógrafo não tem nenhum tipo de racismo de frequência, linguagem ou estilo no que encontra em seu território de ação. Nesse aspecto o trabalho de campo do redutor de danos também encontra referência, pois, sabe que diante dele há alguém com inúmeros percursos, ou seja, uma história de vida, sendo assim, o redutor de danos se transforma na sua prática cotidiana. Mas para isso: “Tudo o que der língua para os movimentos do desejo, tudo o que servir para cunhar matéria de expressão e criar sentido, para ele [o cartógrafo e o redutor de danos] é bem-vindo” (Rolnik, 2007, p. 65). Uma aproximação disso pode ser feita pela mudança de perspectiva a respeito do conceito de *Terapia de Substituição*. No campo médico, consiste na troca de substâncias ilícitas por medicamentos psicofarmacológicos e, conforme o diagnóstico obtido pelo psiquiatra, ou, pela *equipe multiprofissional*, se este for o modelo de trabalho adotado pela instituição, diante ao usuário de drogas que busca o tratamento, agora, então, chamado de “paciente”, a troca dessas mesmas substâncias ilícitas, por psicoterapias. No entanto, Carlos Guarnieri³³ redimensiona esse conceito (*terapia de substituição*) no trabalho com jovens e crianças usuários de *crack*, e em quaisquer situações nas quais se estabelece a RD. Guarnieri, não entende a *terapia de substituição* somente como a troca de uma substância por outra de menos afetação psíquica e física, em outras palavras, uma substância pesada por uma mais leve, como por exemplo, a maconha pelo *crack* ou heroína pela metadona. Entende que substituir algumas horas do uso de drogas por algumas horas com outras atividades prazerosas pode dar ao usuário alternativas que até então desconhecia. As alternativas que Guarnieri propõe são: Opções por Educação (aulas que agrupem jovens e adultos que desejam aprender matemática, português, etc.); por Sono, Alimentação e Higiene Pessoal (com o uso abusivo de drogas, o usuário, principalmente quem mora nas ruas, não tem lugar para sua saúde pessoal); por Cultura (são oferecidos cursos de dança ou somente espaços para essa prática); por drogas lícitas prescritas por médicos em internações quando isso for expresso como vontade do

³³ Carlos Guarnieri é integrante do *Grupo Ítaca* e Educador Social na cidade de Porto Alegre RS.



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

usuário (a internação desses jovens ao *Ponto Psiquiátrico*). Ainda existe a opção por Esporte e Lazer. No que se refere a Esportes, Guarnieri percebeu meninos que se banhavam nas águas poluídas do Rio Guaíba e em lagos da Capital gaúcha, ocasionando riscos de vida, seja por afogamentos ou intoxicação. Foi então que Guarnieri conseguiu o apoio de um clube da cidade para a prática de natação em piscinas e em passeios com barco a vela, configura-se, neste caso, a opção por Lazer. Possibilitou, então, que aqueles jovens continuassem fazendo o que gostavam, porém, agora, de uma maneira mais saudável. Reduziu danos que pareciam inevitáveis, a intoxicação com a água poluída do rio ou afogamentos.

A *Terapia de Substituição* que Guarnieri realiza, e no que diz respeito aos usuários de *crack*, propõe que este mesmo usuário fique sem o uso da substância durante o tempo em que estiver aprendendo e conhecendo o que esse novo conceito de *terapia de substituição* propõe.

Em outra história que nos foi contada uma das redutoras queixou-se por serem conhecidas como “tias da camisinha”, revelando a vontade de mudar a maneira como são chamadas na cidade. Contribuindo para a discussão, Osvaldo Carvalho, um dos redutores participantes, destacou a pouca importância que dava ao fato de ser rotulado como “tio da camisinha”. Para ele a camisinha vai além de um controle ou prevenção da AIDS, mas, segundo ele, serve como um instrumento para chegar até as pessoas, criar vínculos e abrir caminhos a outras informações. Para Rolnik (2007),

O cartógrafo [...] vive de se aproximar [...] Este é o critério de suas escolhas: descobrir que matérias de expressão, misturadas a quais outras, que composições de linguagem favorecem a passagem das intensidades que percorrem seu corpo no encontro com os corpos que pretende entender. (Rolnik, 2007, p.65 e 66).

Sabemos que no Brasil, mais precisamente em dezembro de 1989, na cidade de Santos, com direção da Prefeita Telma de Souza, foi realizada a primeira tentativa de implantar um programa de Redução de Danos. Impedidos de fornecer seringas para usuários de drogas injetáveis como forma de evitar a AIDS, os técnicos construíram alternativas: Como estimular o uso de hipocloreto de sódio para a desinfecção de agulhas e seringas reutilizadas. Nota-se que desde o início o redutor de danos “modelou” seu trabalho conforme os obstáculos que encontrava.



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

O Ministério da Saúde, na lei 10.409, de 11 de Janeiro de 2002, enfatiza, que as ações de Redução de Danos devem ser desenvolvidas em todos os espaços de interesse público em que ocorra ou possa ocorrer o consumo de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência, ou para onde se reportem os seus usuários. As disposições desta Portaria têm implicações no âmbito do sistema penitenciário, das cadeias públicas, dos estabelecimentos educacionais destinados à internação de adolescentes, dos hospitais psiquiátricos, dos abrigos, dos estabelecimentos destinados ao tratamento de usuários, ou dependentes ou quaisquer outras instituições que mantenham pessoas submetidas à privação ou à restrição da liberdade.

O Grupo Ítaca fez com que percebêssemos a constante “modelagem” que o redutor de danos tem em seu trabalho, uma espécie de “jogo de cintura” diante de circunstâncias que tornam as ações dos redutores de danos mais amplas e efetivas. Explicar para a polícia que o trabalho que está sendo feito respeita a autonomia das pessoas e, além disso, reduz danos, não é simples. Porém, se antigamente se percebia como barreiras, seja o encontro redutor/policial, ou, a falta de compreensão das pessoas diante do trabalho do redutor de danos, ela é, hoje, parte do trabalho que o redutor de danos exerce.

Citamos o caso de Elizandro Farias, integrante do Ítaca, e nas palavras dele: “um redutor desinstitucionalizado” sic. Conta-nos que fazia seu trabalho de campo, o que incluía informações sobre o uso de *crack*, *kit* de seringas velhas por novas e distribuição de panfletos orientando sobre os riscos envolvidos no uso da droga, também, conversas que o vínculo com o usuário de drogas produz. Quando percebeu a chegada da polícia, como de costume, pondo todos contra a parede para serem revistados, Farias resolveu explicar os fundamentos dos materiais distribuídos. Mostrou a sua identificação de redutor de danos e esclareceu alguns aspectos sobre o que a RD propunha. Um exemplo semelhante é vivenciado pelo psicólogo *Thiago Calil* - coordenador de um projeto de “redução de danos” junto a usuários de *crack* no centro de São Paulo - e pelo redutor de danos Jorge Ferreira Moreira. Na ocasião foram abordados por policiais. Acompanhamos a sua experiência em um encontro com a polícia que de carro

chega a toda velocidade, com a sirene apitando. Três policiais saem do carro com as armas apontadas para nós três. Gritam para encostarmos na parede e não nos mexermos. Em poucos segundos, no entanto, constata o equívoco. “Pensei que



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

vocês eram traficantes”, diz um deles. Pedem desculpas, educadamente, e voltam para o carro. “Já levei muitas batidas, mas nunca vi o buraquinho do revólver apontado para a minha cara”, conta Calil.³⁴

Se de um lado o preconceito da sociedade diante de quem usa drogas e a concepção de doença que os profissionais da saúde têm por esse usuário, tornam mais difícil o caminho do redutor de danos ao rotular seu trabalho como uma apologia às drogas, de outro lado, o preconceito produz uma nova forma de agir no trabalho do redutor de danos.

No que diz respeito ao usuário de drogas e sua relação com o redutor de danos, o vínculo estabelecido no território de trabalho, propicia, através do usuário vinculado, a relação do redutor de danos com outros usuários. Introdução de um novo usuário por outro já vinculado é a essência do trabalho de campo e faz com que o novo usuário sinta-se confiante em trocar informações com quem, até então, não conhecia.

Outra contribuição do usuário ao trabalho do redutor, além de formalizar uma apresentação, é mostrar os caminhos³⁵ em que os usuários estão presentes. Notamos com os relatos do *Ítaca* que estas pessoas sentem-se importantes ao ajudarem no trabalho dos redutores.

Pode-se dizer que a prática da Redução de Danos é uma forma clínica terapêutica³⁶, desde que, entendamos por “clínica” e “terapêutica” não um conjunto de normas de condutas, definições patológicas, enquadramento de sujeitos que demandam técnicas de conduta profissionais, mas a transvaloração da clínica tradicional, neste caso, por uma concepção de sujeito que respeite a singularidade de seu pensamento e entenda que as forças que atravessam seu corpo são seus próprios movimentos de vida em vez de um posicionamento sócio/científico que nos dita nomes, caracteriza o que somos ou define vidas por identificação. E se, ainda, considerarmos que todo e qualquer modo de produção de subjetividade, seja pelo conhecimento informativo, sem a imposição de regras exclusivas pela relação redutor/usuário na transformação dos corpos, que surja da troca de

³⁴ Disponível em: <http://www.abead.com.br/noticias/exibNoticia/?cod=285>. Acesso em 25 de abril de 2011.

³⁵ Os espaços de uso de drogas mudam cotidianamente por causa da repressão da polícia, por isso, a mudança constante que esses usuários fazem para o consumo da droga.

³⁶ Se destacássemos problematizar os inúmeros relatos que presenciamos no *Ítaca*, não encontraríamos, em nenhum momento, uma intenção terapêutica, mesmo que essa terapêutica estivesse presente no contato redutor/usuário provocador de subjetividade. Para o redutor de danos, informar sobre saúde, respeitando a autonomia daquele que faz uma escolha, a de usar drogas, é um dos fundamentos de seu trabalho.



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

informações, sem a necessidade de determinantes teóricos, que redimensionem o ato de clinicar, podemos dizer, então, que a Redução de Danos é uma forma clínica terapêutica. Segundo Gilles Deleuze (2008),

Essas visões, essas audições não são um assunto privado, mas formam as figuras de uma história e de uma geografia incessantemente reinventadas. É o delírio que as inventa, como *processo* que arrasta as palavras de um extremo a outro do universo. São acontecimentos na fronteira da linguagem. Porém, quando o delírio recai no *estado clínico*, as palavras em nada mais desembocam, já não se ouve nem se vê coisa alguma através delas [...] (Deleuze, 2008, p. 9).

Talvez se a formalidade da clínica tradicional que investiga o comportamento, a cognição, ou até mesmo a alma humana, se apresentasse para o trabalho de campo na Redução de Danos, nada aconteceria em termos terapêuticos. Como diz o educador social Carlos Guarnieri: “não chegar com caneta”. O usuário não está ali para ser avaliado de forma complexa ou em ser questionado sobre seu uso de droga. Existem outros profissionais e instituições que fazem muito bem esse papel, tais como alguns CAPs (Centro de atenção psicossocial), asilos, escolas, hospitais, etc.

A educação que se apresenta para o estudante, sobretudo na vida acadêmica, parece reproduzir opiniões midiáticas, sociais, familiares e religiosas. Como nos diz o idealizador do Projeto Ítaca, Guilherme Carlos Corrêa (2010):

A noção de drogas que a esmagadora maioria dos acadêmicos dispõe no dia da formatura é a mesma que tinham no dia em que passaram no vestibular. É a mesma que a Fátima Bernardes e os meios de comunicação de massa, a partir de seus interesses comerciais, propagam diariamente. É incrível que esses cursos, todo dinheiro e tempo envolvidos na formação acadêmica estejam servindo para conservar uma noção tão rasa. (Corrêa, 2010, p.172).

Saímos das Universidades, autorizados a tratar, falar, cuidar, etc., de um dependente químico sem nunca termos discutido o tema – das drogas – em sala de aula. Assim sendo, não damos ouvidos aos que buscam a ajuda de profissionais como psiquiatras, psicólogos e enfermeiros, no que se apresenta como *potências de vida*, pois, a percepção do profissional ao chamado problema é atravessada, majoritariamente, por



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

valores de *bem e mal* que a mídia nos proporciona. Para o psicólogo Douglas Casarotto (2009):

Com a atribuição de prevenir, curar/reabilitar/salvar o jovem usuário de crack, profissionais põem em ação seu saber sobre drogas e sobre os usuários de drogas ilícitas. Um saber que foi difundido a partir de slogans, de informações selecionadas, de estratégias autoritárias de ensino e produzido sob o aval de uma política sobre drogas, amparada nos saberes médico-psiquiátricos e jurídico-policiais, os quais se configuraram como uma ciência proibicionista. (Casarotto, 2009, p. 139).

No entanto, diferente de uma compreensão fundada em “verdades”, como os estudantes de modo geral presenciam desde os primeiros anos de escola até a saída das Universidades, os usuários de drogas, por exemplo, são convidados a produzir verdades singulares quanto às drogas e seus usos. Em outras palavras, são abertos, a partir do trabalho do redutor de danos, espaços de aprendizados múltiplos.

As noções de campo aqui suscitadas são ligeiros fragmentos recortados na trajetória extensiva que o Grupo Ítaca proporcionou. Destes fragmentos citados surgiu-nos a inspiração de inventar uma clínica, para além de um estilo técnico/científico e médico/clínico: criar de acordo com cada situação.

O redutor de danos aprende da sua própria prática. Despe-se de uma visão etnocentrista, pois, ele [o redutor de danos], também possui uma história. A partir do distanciamento de uma suposta verdade das drogas aproxima-se da realidade de outras pessoas, no caso específico o usuário de drogas.

O campo é uma constante aprendizagem, tanto para o redutor quanto para quem a ele recorre, pois, as situações que aparecem remetem a questões sobre futebol, drogas, educação, nas quais a subjetividade é potencializada a partir das trocas entre redutor e usuário.

A construção de um território é importante, porém, o redutor ficará mais “polido” em seus espaços de trabalho à medida que conhecer a realidade na qual pretende inserir suas práticas. Então, sobre a demanda do território, este, também, está em constante modificação, transforma-se nos espaços criados pelos usuários. É lá que o redutor de danos vai trabalhar. Um trabalhador itinerante.



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

No livro *O Cemitério dos Vivos* de Lima Barreto (2004), o autor comenta sua passagem pelo hospício, lá ele já observa com olhos críticos uma postura clínica baseada em teorias voltadas a ajustar o que foge ao normal.

Tinha que ser examinado pelo Henrique Roxo. Há quatro anos, nós nos conhecemos. É bem curioso esse Roxo. Ele me parece inteligente, estudioso, honesto; mas não sei porque não simpatizo com ele. Ele me parece desses médicos brasileiros imbuídos de um ar de certeza de sua arte, desdenhando inteiramente toda outra atividade intelectual que não a sua e pouco capaz de examinar o fato por si. Acho-o livresco e pouco interessado em descobrir, em levantar um pouco o véu do mistério — que mistério! — que há na especialidade que professa. (Barreto, 2004, p.22)

Barreto termina este raciocínio dizendo: “Lê os livros da Europa, dos Estados Unidos, talvez; mas não lê a natureza. Não tenho por ele antipatia; mas nada me atrai a ele” (Barreto, 2004, p. 22). Ao contrário do médico citado por Barreto, com definições prontas sobre saúde/doença, o redutor de danos lê a natureza seja do espaço de trabalho seja do seu objeto de trabalho. Entra em contato com pessoas que possuem linguagens próprias, como se uma língua existisse dentro de outra língua, uma língua que Deleuze e Guattari chamaram de “menor”. “Uma literatura menor não pertence a uma língua menor, mas, antes, à língua que uma minoria constrói numa língua maior. E a primeira característica é que a língua, de qualquer modo, é afetada por um forte coeficiente de desterritorialização.” (Deleuze & Guattari, 2003, p. 38).

Penso que Deleuze e Guattari, mas também Foucault, aproveitaram bem esse momento, empreendendo, cada um a seu modo, uma desterritorialização da filosofia, uma saída dos meios instituídos e instituístes, produzindo um pensamento imanente e diferencial, um pensamento novamente possível, uma filosofia menor. Movimento análogo ao de Kafka, que não buscou território na literatura alemã instituída, mas na mesma língua alemã escavou suas trincheiras, produzindo uma literatura de resistência (Gallo, 2004, p. 74).

A Redução de Danos, em sua intenção, rompe com as barreiras da estrutura lingüística dos saberes instituídos em troca de um saber afirmativo, porém, saindo de um ponto de vista que define comportamentos *normais* de *anormais*. Sendo assim, ousamos



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

dizer que o trabalho feito pelo redutor de danos é uma “arte” já que seu papel, muitas vezes, é inventar.

No campo de trabalho ocorrem práticas e informações sobre saúde, porém, como vimos, sem o foco na doença. Aliás, essa palavra não faz parte do vocabulário do redutor de danos. Parte-se de um sentido que respeita a autonomia das pessoas em suas escolhas.

Tomamos emprestada a noção *Literatura Menor* desenvolvida por Deleuze e Guattari para situar o leitor e sustentar nossa problemática referente ao olhar do redutor de danos frente à promoção de saúde sem a concepção de doença. A Literatura Menor é “uma literatura de resistência, de enfrentamento, de reinvenção da língua, do sentido, da expressão.” (Gallo, 2004, p. 74 e 75). Aborda a “desterritorialização” da língua, das funções. E, nessa perspectiva sobre uma “desterritorialização” da saúde, é que se constrói o trabalho do redutor de danos. Em seu trabalho, o redutor de danos é atravessado por culturas e gírias, nesse momento conhece histórias, conta as suas também. Não subestima o sofrimento, pois, não emprega um saber que reconhece patologias, antes, o trabalho de campo feito pelo redutor de danos oferece uma espécie de “caixa de ferramentas” que pode inspirar uma compreensão dos fenômenos psicossociais e histórico-político agenciando práticas que fogem à ordem cotidiana, rompendo com os saberes instituídos em troca de um saber inventivo.

CONCLUSÃO

Para concluir uma noção de trabalho focado no campo de atuação do redutor de danos é imprescindível que se saiba da inexistência de hierarquia dos saberes, no que, em termos de profissão, delega a uma pessoa (profissional) o saber detentor do conhecimento. Em outras palavras, o paciente não é mais só paciente a partir da Redução de Danos, tão pouco o drogado é apenas alguém que consumiu drogas.

Agora, o objeto de trabalho tido por outros profissionais como doença, esses corpos estigmatizados, são esses “objetos” que também ensinam, porém, não de uma maneira a tornar-se visível na prática dos profissionais o que, antes, estava escrito nas linhas dos livros. Mas de maneira a trocar o que se aprendeu.

O *Projeto Ítaca* que, até então, seria um curso oferecido apenas para redutores de danos, se reinventou quando apareceram profissionais de outras áreas para contribuir com



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

o grupo e para *conversar* sobre Redução de Danos. Foi assim, juntando experiências, que, então, esses redutores e profissionais (psicólogos, terapeutas ocupacionais, sociólogos, etc.) pensaram juntos as RD's. Profissionais interessados pelas pessoas que usam drogas e pelo *status* ilegal das mesmas, trocaram histórias em uma (dê)sconstrução (principalmente por quem não era redutor de danos) de grande parte de métodos e teorias ensinados sobre o estigma que o drogado carrega.

A partir da problemática decorrente do *Ítaca*, sobre o conhecimento levado no trabalho de campo a usuários de drogas, mas que pode se estender na área da *saúde mental* e qualquer prática clínica, os procedimentos teóricos aprendidos nas universidades podem se juntar com o conhecimento dessas pessoas ditas como *anormais*, perante teorias, sociedade e instituições.

Quando vemos com olhos curiosos, sem o julgamento prévio e sem respostas definitivas notamos que os *ditos* problemas são realmente problemas porque nomeamos – os profissionais – como tais. No mínimo tornaríamos menos dolorosas as vidas das pessoas que nos procuram se não os reconhecêssemos como partes de um desvio, o desvio do *normal*.

Então, esse trabalho, propõe pontos de interrogação onde já estavam estabelecidos pontos finais. Toma o espaço de trabalho como algo a ser sempre recriado, ele é irredutível ao nosso contorno atual, é a presença do mundo no nosso corpo que nos leva a ser mundo e a criar mundo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Disponível em: <http://www.abead.com.br/noticias/exibNoticia/?cod=285>. Acesso em 25 de abril de 2011.

Barreto, L. (2004). *O cemitério dos vivos* (1a Ed., p. 22) São Paulo: Planeta.

Casarotto, D. (2009). *Uma genealogia do jovem usuário de crack: mídia, justiça, saúde, educação* (p. 139). Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, RS, Brasil.

Corrêa, G. (2010). Drogas para além do bem e do mal (p. 172). In L. Boni (Org). *Outras palavras de pessoas que usam drogas*. Porto Alegre, RS: Ideograf.



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Deleuze, G., Guattari, F. (2003). *Kafka para uma literatura menor* (p. 38). Editora Assírio & Alvim.

Deleuze, G. (2008). *Crítica e clínica* (Trad. Peter Pál Pelbart, 3a reimpressão, p. 9). São Paulo: Editora 34.

Gallo, S. (2004). Entre Kafka e Foucault: literatura menor e filosofia menor. In E. Passetti. *Kafka Foucault sem medo* (Trad. Rafael Godinho, pp. 74 e 75). Cotia – São Paulo: Editora Ateliê Editorial.

Rolnik, S. (2007). *Cartografia sentimental transformações contemporâneas do desejo* (pp. 65, 66 e 68). Porto Alegre: Editora UFRGS e Sulina.





III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Violência na infância e resiliência

Fernanda Pires Jaeger ¹

Letícia Meller da Silva ¹

¹ Centro Universitário Franciscano (UNIFRA)

RESUMO

A evolução sócio histórica do conceito de infância, e a criação do Estatuto da Criança e do Adolescente são fatores que não impediram que muitas crianças deixassem de ser acometidas pela violência no local onde haveriam de estar asseguradas, a própria casa. A violência doméstica constitui um fenômeno que tem sido cada vez mais identificado em nossa sociedade. No entanto, ainda existem fragilidades no que tange ao enfrentamento desta problemática. Frente a essa realidade busca-se com o presente estudo realizar uma revisão bibliográfica acerca dos conceitos de infância, violência e resiliência. A efetivação do estudo justifica-se na relevância que o tema apresenta e frente a necessidade de qualificação das intervenções dos profissionais da psicologia para lidar com as crianças que sofrem violência. Assim, percebe-se que para trabalhar com as situações de violência o psicólogo necessita estar atento a dimensão histórica deste fenômeno bem como considerar os fatores sociais, econômicos, psicológicos que estão envolvidos no desencadeamento destes processos. Ao mesmo tempo, a resiliência viabiliza a qualificação das intervenções junto a estas crianças.

Palavras-chave: infância, violência, resiliência.

INTRODUÇÃO

Sobre o conceito de infância na atualidade, a literatura nos mostra que ele foi edificado socialmente, historicamente e culturalmente ao longo dos séculos, iniciando no fim da Idade Média e transformando-se ao longo do tempo, estando sujeito a mudanças até os dias de hoje. Fala-se, aqui, de um termo que se distingue conforme a época e, acima de tudo,



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

conforme a cultura e forma de viver da criança e de sua família. Entretanto, podemos definir algumas características semelhantes para o conceito de infância em nossa cultura ocidental, bem como para as crianças e suas vivências.

Esse é, hoje em dia, tido como um período em que os adultos devem responsabilizar-se pelos cuidados, proteção e educação dos (as) pequenos (as). Além disso, pais, mães e responsáveis são vistos socialmente como aqueles que devem zelar pelo futuro das crianças, permitindo condições ideais para um crescimento saudável. Contudo, como a contemporaneidade é caracterizada como uma era de tantas aquisições tecnológicas, mudanças e transformações velozes nos modos de ser, pensar e agir, pode-se dizer (e as estatísticas mostram isso) que não há um modo unânime de se tratar e encarar de infância, pois essa aura sublime e encantadora é realidade ausente para inúmeras crianças brasileiras.

Mesmo com a promulgação da lei 8.069/90, que instituiu o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e define e protege integralmente perante a lei os direitos da criança e adolescente, convivemos com a triste realidade, cada vez mais frequente, de crianças que tem seus direitos violados dentro da própria família. De acordo com pesquisas recentes como Jaeger (2004) e Ricas et al (2006), crianças e adolescentes compõem parte do segmento social mais afetado pela violência doméstica. Diante dessa situação, surgem indagações a respeito da qualidade de vida dessas crianças, assim como da viabilidade de um desenvolvimento saudável frente a tantos riscos que correm e as agressões que sofrem, pois, devido a sua condição física ainda frágil e sua pouca idade, são, na maioria das vezes, impotentes para protegerem-se daqueles que as agredem.

Frente a essa problemática, ideias inovadoras vêm sendo pensadas e delas emerge o conceito de resiliência. A resiliência é um termo originário da física que vem sendo englobado, recentemente, pelas pesquisas na área das Ciências Humanas, que o compreende como a capacidade do sujeito superar as adversidades da vida e ser fortalecido por elas.

Esse novo prisma surgiu por volta da década de 80, apontando o foco nas potencialidades como a melhor maneira de promover o enfrentamento saudável e adequado às dificuldades da vida, podendo-se acreditar que, independente da adversidade presente em algumas situações, existem mecanismos protetores que conseguem proteger o sujeito (Pinheiro, 2006). Recursos que instituem no indivíduo a possibilidade de ser tanto vulnerável aos



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

efeitos da adversidade vivida, quanto resistente a ela, a ponto de poder, a partir dessa vivência, constituir-se positiva e saudavelmente, de modo a reverter o caráter de negatividade da situação.

Desse modo, através de uma revisão da literatura objetiva-se investigar a temática infância, violência e resiliência, bem como a sua interrelação. Assim, a efetivação do estudo justifica-se na relevância que o tema apresenta frente à necessidade de qualificação das intervenções dos profissionais da psicologia para lidar com as crianças que sofrem violência.

DESENVOLVIMENTO

História da Infância

Sabe-se que somente há poucas décadas a criança firmou-se como objeto de estudos para pesquisas em Ciências Sociais e Humanas. A relação sociedade, criança e escola, por exemplo, é considerada em pesquisas também recentemente.

Uma vez que a história mostra que a criança foi vista de diferentes formas no decorrer dos tempos, não possuindo o status que possui atualmente, entende-se que o foco na criança, bem como na infância, nas pesquisas atuais, suscita a compreensão dela como sujeito histórico e de direitos (Nascimento, Brancher, & Oliveira, 2008).

Mas muitos autores sustentam a ideia da própria inexistência da infância há séculos atrás. Baseados no estudo de obras de arte da Idade Média, estudiosos como Philippe Ariès (1981) e Neil Postman (1999) irão afirmar que no início de suas vidas homens e mulheres não eram considerados crianças, e sim pequenos. Não se percebia um período transitório entre a infância e a idade adulta. Seu ponto de partida, então, era de uma sociedade que percebia as pessoas de menor idade como adultos de tamanho menor (Botton, 2011).

Assim, na Idade Média, não existia um lugar particular previsto para a criança. Logo depois de ser desmamada ela era literalmente misturada aos adultos, partilhando dos trabalhos e jogos desses. A família não se ocupava da criança e, tão pouco, controlava sua socialização. A criança se quer distinguia-se dos adultos pelas suas vestimentas. Assim que deixava os cueiros (a faixa de tecido que era enrolada em torno de seu corpo), a criança já trajava roupas como as dos homens e mulheres mais velhos (Ariès, 1981).



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Ariès (1981) e Postman (1999) trazem uma informação interessante, referente à consciência da existência da infância há séculos atrás. Dizem que, através dos estudos de obras de arte antigas pode-se perceber que o conceito de infância já existia na Grécia antiga, nos séculos a.C. e que, posteriormente, foi, também, incorporado na cultura romana. Assim, cabe questionar-se o que provocou o seu posterior desaparecimento.

Os mesmos autores esclarecem que, em seguida, em torno dos séculos IV e V, com as invasões bárbaras, tem-se a decadência do Império Romano e o sepultamento da cultura vigente. Há, portanto, a incorporação da cultura dos povos invasores por aqueles dominados, desaparecendo uma das descobertas mais significativas da época: o sistema de leitura e escrita, que se pode definir como os aportes iniciais da história da infância.

Assim, durante toda a Idade Média, a infância foi invisibilizada, até que é na Idade Moderna que se tem notícias, segundo dados históricos, do seu ressurgimento, embora com um conceito ainda distante do que temos na atualidade. Postman (1999) analisa essa questão comparando-a com o surgimento do sistema de escrita e da educação nas escolas, como podemos ver em sua obra “O desaparecimento da infância”. E, por mais que essa preocupação com a educação da época em nada se aproxime da concepção de infância que temos hoje, se tornou um marco muito importante para a construção desse conceito.

Na perspectiva desse autor, foi graças à invenção da prensa tipográfica pelo alemão Johann Gensfleisch Gutenberg, durante o século XV, que se começou a conceituar, novamente, a infância. Antes disso, todas as interações sociais eram feitas oralmente. A própria educação era dissipada através de leituras feitas em grandes grupos, os quais contemplavam apenas um leitor, pois saber ler nessa época era privilégio de poucos. Desse modo, através do surgimento da prensa multiplicaram-se os escritos e, conseqüentemente, a oferta pela leitura, o que culminou num maior interesse da população em aprender a ler e a escrever.

Diante disso, momentos coletivos passaram a ser menos valorizados, pois, agora, para o exercício da leitura, estar sozinho, enquanto indivíduo, era possível. As pessoas passaram, então, a serem valorizadas enquanto sujeitos únicos e, a partir disso, a atenção e o cuidado para com o outro tornaram-se evidentes (Postman, 1999).

Corroborando com a lógica do autor, Ariès (1981) ressalta que, nessa época, o início da Idade Moderna, no século XVI, ainda vivia-se a passagem do feudalismo para o capitalismo, onde as grandes extensões de terra passaram a ser divididas em lotes menores. Por consequência disso, os grandes grupos de pessoas passaram a enxergar-se como grupos



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

menores ocasionando um estreitamento dos laços afetivos. O cuidado e a proteção de uns com os outros aumentou e, conseqüentemente, com as crianças também, que passam a ter suas taxas de mortalidade reduzidas, em função do maior zelo que agora lhes era despendido.

Assim, pode-se dizer que é com a invenção da prensa tipográfica que surgem os primeiros indícios da infância e que, através das modificações sócio-históricas transformam-se, continuamente, até o conceito que temos hoje (Postman, 1999). Esse é compreendido como o período em que os adultos devem responsabilizar-se pelos cuidados, proteção e educação dos (as) pequenos (as), além de zelar pelo seu futuro, de modo a permitir as condições saudáveis para o seu desenvolvimento. Dessa forma, localiza-se historicamente o início da concepção contemporânea de criança na Idade Moderna, conforme esclarecido acima.

Violência

Atualmente, entretanto, nem todas as crianças são agraciadas com a oportunidade de viver uma infância de acordo com o que nos remete o conceito contemporâneo, conforme exposto ao final do capítulo anterior. Nessa perspectiva, Jaeger (2004) pontua que, ainda hoje, a infância destina-se a um grupo de pessoas pertencentes a uma classe social específica, economicamente privilegiada.

Considerando que os maus-tratos, foram práticas comuns no decorrer da história da civilização, percebe-se que a violência, nos dias de hoje, encontra-se dissipada em nosso cotidiano, apresentando-se de diferentes formas. A partir disso, Ricas et al (2006) trazem que, no Brasil, crianças e adolescentes são o segmento social mais acometido por esse mal. Ainda que os efeitos negativos sejam importantes em todos os níveis de organização social e afetem a todos os indivíduos, são essas as vítimas mais despercebidas da violência (Benetti et al., 2005).

Na criança e no adolescente, a violência atinge significados ainda mais complexos, segundo os autores anteriormente citados. Ela atua diretamente no processo de construção dos conceitos sobre si mesmo, nas ideias acerca dos objetivos da vida, nas expectativas sobre o futuro e no desenvolvimento moral, que a criança possui.

Em relação à tipologia da violência, as produções são pouco abrangentes, focadas em realidades específicas (Dahlberg & Krug, 2006). Jaeger (2004) na obra “Violência, gênero



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

e políticas públicas” nos aponta dois principais tipos de violência: a violência estrutural e sistêmica que retrata as condições adversas e injustas da sociedade com a parcela menos favorecida da população, e a violência doméstica.

A violência doméstica, de acordo com Jaeger (2004), pode ser separada em quatro tipos: violência física (punição corporal associada ao castigo), violência sexual (resultado de uma relação entre adultos e criança/adolescente, a fim da obtenção de estimulação sexual), violência psicológica (depreciação da criança causando sofrimento psíquico) e negligência (omissão no atendimento das necessidades físicas e mentais da criança).

De acordo com a autora a soma de fatores conjunturais e estruturais tem tornado o ambiente familiar, um local cada vez mais frequente da manifestação da violência contra criança. Aquele que haveria de ser o espaço de maior zelo e cuidado para com esse sujeito, acaba assumindo a titulação de um risco eminente.

A realidade da violência infantil sempre foi muito presente no cotidiano das diferentes culturas – como ainda é – e, em face desses acontecimentos irem contra ao conceito que temos de infância na contemporaneidade, foi preciso tomar providências legais para a punição daqueles (as) que atentassem contra a vida e integridade das crianças. Assim, em 1990, surge o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) composto por 267 artigos, que compõe uma legislação que já influenciou mais de quinze países. A lei tem como base o princípio da criança e do adolescente como “prioridade absoluta”. Ela nasce de um novo pensamento da sociedade, na década de 80, a partir de uma mobilização social nacional que culmina em 1990, com a promulgação da Lei 8.069, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) (Kumpel, 2009; Cury, 2008).

O Estatuto representa um divisor de águas na história da infância e da adolescência brasileira. Através dele, crianças e adolescentes passam a ser entendidas como sujeitos de direitos, e a eles, é garantido o atendimento integral, que leva em conta suas totais necessidades. Cria-se medidas de proteção (voltadas para situações em que os direitos de meninos e meninas são ameaçados ou violados) e medidas socioeducativas (aplicadas para adolescentes que cometem atos infracionais) (Kumpel, 2009).

Assim frente à ameaça ou violação dos direitos da criança e adolescente, o Conselho Tutelar de acordo com o ECA (art. 131 a 140) é a porta de entrada ao atendimento desses casos. Assim, por mais que toda criança tenha o direito de viver com sua família de



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

origem, quando essa pratica violência, viola os direitos da criança ou não cumpre sua função de provedora, protetora e educadora, pode perder o poder familiar (Cury, 2008).

Tendo os vínculos familiares por essa razão, sido rompidos ou fragilizados, de forma que a criança corra risco ou ameaça de morte, providencia-se acolhimento na família extensa ou com alguma pessoa de referência. Esgotadas essas possibilidades, o acolhimento institucional é a medida de proteção assegurada pelo ECA. Os abrigos, por exemplo, passam a assegurar as condições materiais para a criança bem como os seus direitos, assumindo todas as abnegações que eram da família. Cabe salientar que se trata de uma medida provisória, pois a busca pela reinserção da criança é fundamental e obrigatória (Kumpel, 2009).

Resiliência

Frente à essas questões, acredita-se que se configura um desafio à Psicologia como profissão e ciência, a capacidade que certas pessoas têm de sobreviver diante de situações adversas, diante de tanto sofrimento, abandono, negligência e violência, como no caso dessas crianças e adolescentes acima citados. Nessa perspectiva, Pinheiro (2004) e Junqueira & Deslandes (2003), apontam que a Psicologia tem apresentado como via teórica para compreender e discutir essas interrogações o conceito de resiliência, comumente definida como a capacidade de o indivíduo enfrentar as adversidades, ser transformado por elas, mas conseguir superá-las. Desse modo, a resiliência hoje desponta como conceito operativo no campo da Saúde, especialmente entre crianças e adolescentes. Resiliência é uma palavra cada vez mais utilizada no Brasil, embora seu uso coloquial ainda provoque reações de estranhamento (Yunes, 2011; Yunes & Szymanski, 2001). O conceito tem suas origens científicas oriundas dos estudos da física sobre resistência de materiais, que determina que a energia armazenada em um corpo deformado acabe devolvida quando cessa a tensão causadora da deformação. A metáfora mais evocada é a de um elástico que, após uma tensão provocada, volta ao mesmo estado inicial (Junqueira & Deslandes, 2003).

Os estudos em resiliência são considerados por Liborio & Ungar (2009) de importância fundamental para o campo da Psicologia, tendo em vista sua capacidade de levar a refletir sobre aspectos positivos do desenvolvimento humano, quando indivíduos encontram-se



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

expostos a adversidades significativas, capazes de colocar em risco a integridade física e psíquica dos mesmos.

A partir dessas definições Pinheiro (2004) entende que o termo resiliência se aplica tanto a materiais quanto a pessoas. A autora ainda indica que, no dicionário de língua portuguesa Houaiss (2001), o verbete contempla tanto o sentido físico (propriedade que alguns corpos apresentam de retornar à forma original após terem sido submetidos a uma deformação elástica) quanto o sentido figurado, remetendo a elementos humanos (capacidade de se recobrar facilmente ou se adaptar à má sorte ou às mudanças).

Garcia & Yunes (2011) indicam que a aplicação do conceito nessa área é recente e vem sendo permeada por uma ampla diversidade de definições. No que concerne ao ser humano, Pinheiro (2004) entende que resiliência não seria uma forma de defesa rígida, ou mesmo de contrapressão à situação, mas uma forma de manejo das circunstâncias adversas, externas e internas, sempre presentes ao longo de todo o desenvolvimento humano.

Nessa condição do humano, Junqueira & Deslandes (2003) corroboram, dizendo que a resiliência não significa um retorno a um estado anterior, mas sim a superação ou adaptação, diante de uma dificuldade considerada como um risco, e a possibilidade de construção de novos caminhos e de um processo de subjetivação a partir do enfrentamento de situações estressantes e/ou traumáticas. Dessa forma, não estamos falando de resistência, mas de uma capacidade singular e também socialmente adquirida, de sair-se bem frente a fatores potencialmente estressores.

Diante disso, Yunes (2001), Yunes & Szymanski, (2001) juntamente com outros estudiosos do tema, têm enfatizado a necessidade de cautela no uso “naturalizado” do termo propondo um discurso crítico sobre a questão. A definição não é clara, determinam Garcia e Yunes (2011), tampouco precisa como na física, mas é real que os fatores e as variáveis que devem ser levados em conta no estudo da resiliência, quanto a fenômenos humanos, são complexos e múltiplos.

Pereira (2001) aponta que na sociedade emergente as mudanças fazem parte do dia-a-dia. São cada vez mais rápidas e profundas e exigem constantes esforços de adaptação. Essa autora identifica a resiliência como um desafio para o novo milênio:

“Uma das grandes apostas para o próximo milênio será tornar as pessoas mais resilientes e prepará-las para certa invulnerabilidade que lhes permita resistir a situações adversas que a



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

vida proporciona, pelo que se torna imperioso identificar os fatores de risco e particularmente os fatores de proteção pessoais e interpessoais” (Pereira, 2001, p.87-88).

Paludo & Koller (2005) apontam para o aumento do interesse de pesquisadores no estudo da resiliência em populações envolvidas com situações de risco pessoal e social. Nessa perspectiva, Garcia & Yunes (2011) acreditam que as condições indignas e a precariedade das contingências econômicas e sociais que castigam uma grande parcela das famílias brasileiras podem afetar de forma adversa o desenvolvimento de crianças, adolescentes e adultos. Entretanto também reconhecem que isso não pode ser considerado regra sem exceção, pois muitas vezes, alguns grupos desenvolvem processos e mecanismos que garantem sua sobrevivência, não só física, mas das suas questões psíquicas e dos valores de sua identidade cultural.

Assim, sendo a resiliência um conceito extremamente contextual e dinâmico, uma vez que existem vários fatores que podem influenciar nesse processo, Paludo & Koller (2005) indicam que a resiliência se expressa frente à presença de fatores de risco. Segundo as autoras, não existirá resiliência sem o risco.

Riscos ou adversidades segundo Sapienza & Pedromônico (2005) são variáveis ambientais ou contextuais que aumentam a probabilidade da ocorrência de algum efeito indesejável no desenvolvimento psicológico. Individualmente, muitas variáveis podem ser consideradas de risco na infância e na adolescência, sendo algumas delas a violência familiar, a desagregação familiar, a violência física, o abandono, e os maus-tratos. Assim, diante da presença do risco, as autoras determinam que emergirão os fatores protetivos, que irão atenuar e neutralizar os impactos dos riscos. Desse modo, a possibilidade de enfrentar fatores de risco e de aproveitar os fatores protetores torna o indivíduo resiliente.

CONCLUSÃO

A partir da realização desse estudo pode-se constatar a relação existente entre essas três temáticas. A compreensão do fenômeno da violência e as implicações deste para a subjetividade são atravessadas pela forma como a violência é vivenciada, o momento histórico em que a mesma ocorreu e os fatores protetivos que estiveram presentes, entre outros fatores.



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Sendo assim, a capacidade de resiliência diante a uma situação de violência, por ser um fenômeno complexo e dinâmico precisa ser compreendido a partir da singularidade do sujeito. Ao mesmo tempo, percebe-se que partindo dessa perspectiva que é possível uma maior qualificação das intervenções da psicologia frente à problemática da violência na infância, especialmente em relação à consideração de fatores de proteção pessoais e interpessoais.

REFERÊNCIAS

- Ariés, P.(1981) *A história social da criança e da família*. Rio de Janeiro: Guanabara.
- Benetti, S. P. C. et al (2005) *A violência familiar na perspectiva do desenvolvimento de crianças e adolescentes*. In: HUTZ, C. S. Violência e Risco na Infância e Adolescência: pesquisa e intervenção. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Botton, A. (2011) *“E o prêmio vai para...: os estereótipos de gênero nos livros infantis premiados na última década*. Dissertação de Mestrado. 111 f. Porto Alegre: Program da Pós- Graduação em Psicologia Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.
- Cury, M. J. K. (2008) *Estatuto da criança e do adolescente comentado: comentários jurídicos e sociais*. 9º Ed. São Paulo: Malheiros Editores.
- Dahlberg, L. L. Krug, G. E. (2006) *Violência: um problema global de saúde pública*. Ciência & Saúde Coletiva, v. 11, p. 1163-1178.
- Garcia, N. M. Yunes, M. A. M. (2011) *Resiliência familiar: baixa renda e monoparentalidade* In: Dell’aglio, D. D; Koller, S. H; Yunes, M. A. M.. Resiliência e Psicologia Positiva: Interfaces do risco à proteção. 2ª Ed. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Houaiss, A.; Villar, M.S.; Franco, F. M. M.(2001) *Dicionário Houaiss da língua portuguesa*. Rio de Janeiro: Objetiva.
- Jaeger, F. P. (2004) Infância, Violência e Relações de Gênero. In: Strey, M. N; Azambuja, M. P; Jaeger, F. P. Violência Gênero e Políticas Públicas. Porto Alegre: Editora PUCRS.
- Junqueira, M. F. P. S. Deslandes, S. F. (2003) *Resiliência e maus-tratos à criança*. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 19 n. 1 p. 227-235, Jan-Fev.



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

- Kumpel, V. (2009) *SOS Estatuto da Criança e do Adolescente*. Nº 27 São Paulo: Saraiva.
- Libório, R. M. C. Ungar, M. (2009) *Resiliência Oculta: A Construção Social do Conceito e suas Implicações para Práticas Profissionais junto a Adolescentes em Situação de Risco*. Psicologia: Reflexão e Crítica, v.23 n. 3 p. 476-484.
- Nascimento, C. T. Brancher, V. R. Oliveira, V. F.(2008) *A Construção Social do Conceito de Infância: algumas interlocuções históricas e sociológicas*. Contexto e Educação, Editora Unijuí, v. 23 n. 79 Jan./Jun. p. 47-63
- Paludo, S. S. Koller, S. H. (2005) *Resiliência na Rua: Um Estudo de Caso*. Psicologia: Teoria e Pesquisa v. 21 n. 2, Mai-Ago, p. 187-195.
- Pereira, A. M. S. (2001) *Resiliência, personalidade, stress e estratégias de coping*. In: J. Tavares (Org.) Resiliência e educação São Paulo: Cortez. p.77-94.
- Pinheiro, D. P. N. (2004) *A resiliência em discussão*. Psicologia em Estudo, Maringá, v.9, n.1, jan/abr, p.67-75.
- Postman, N. (1999) *O desaparecimento da infância*. Tradução de Suzana Menescal de Carvalho e José Laurenio de Melo. Rio de Janeiro: Graphia.
- Ramos, A. C. (2006) *Cultura infantil e envelhecimento: o que as crianças têm a dizer sobre a velhice? Um estudo com meninos e meninas da periferia de Porto Alegre*. 67f. Dissertação de Mestrado. Porto Alegre: Programa de Pós Graduação em Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- Ricas, J. Danoso, M. T. V. Gresta, M. L. M. (2006) *A violência na infância como uma questão cultural*. Texto Contexto Enfermagem, Florianópolis; v. 15, n.1 p. 151- 154.
- Sapienza, G. Pedromônico, M. R. M. (2005) *Risco, proteção e resiliência no desenvolvimento da criança e do adolescente*. Psicologia em Estudo, Maringá, v. 10, n. 2, p. 209-216, mai./ago.
- Yunes, M. A. M. & Szymanski, H.(2001) *Resiliência: noção, conceitos afins e considerações críticas*. In: J.Tavares (Org.), Resiliência e educação. São Paulo: Cortez, p.13-42.
- Yunes, M. A. M. (2001) *A questão triplamente controvertida da resiliência em famílias de baixa renda*. Tese de Doutorado. 168 f. São Paulo: Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Educação, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Visita a uma unidade psiquiátrica: relato de experiência

Mariane da Silva Xavier ¹

Raíssa Ottes Vasconcelos ¹

Keity Laís Siepmann Soccol ¹

Cristiane Trivisiol da Silva ¹

Joze Karlem da Silva Teixeira ¹

Deise Marcuzzo ¹

Valquíria Toledo Souto ¹

Michele Raddatz ¹

Marlene Gomes Terra ¹

¹ Universidade Federal de Santa Maria (UFSM)

RESUMO

Objetivo: O presente trabalho tem como objetivo relatar a experiência de acadêmicas do curso de enfermagem de uma visita realizada em uma unidade psiquiátrica localizada em um hospital universitário da região central do estado do RS. Metodologia: Trata-se de um relato de experiência de uma visita realizada por acadêmicas do curso de enfermagem a uma unidade psiquiátrica, a mesma buscou ampliar o conhecimento acerca da história da psiquiatria, bem como visualizar como se desenvolve as diretrizes da Lei da Reforma Psiquiátrica, principalmente no que diz respeito à relação da equipe de enfermagem e dos demais profissionais de saúde com o paciente. A visita foi realizada por cinco acadêmicas do curso de enfermagem, a supervisão das mesmas foi realizada por três mestrandas orientadas por uma professora Doutora em Enfermagem, a mesma ocorreu em março do ano de 2012. Resultados: Ao realizar a visita, observou-se que ainda é presente a visão manicomial na forma de prestar cuidado e no que diz respeito ao relacionamento com o paciente, por parte dos profissionais de saúde. Conclusões: Portanto, a experiência foi válida, pois foi possível ampliar um pouco mais o conhecimento sobre o cuidado em psiquiátrica, visualizando a maneira como é dada a reforma psiquiátrica nessa unidade,



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

assim como as relações dos profissionais de saúde para com os pacientes. Percebeu-se que em certos aspectos, ainda é presente o cuidado manicomial nesse espaço.

Palavras-chave: Enfermagem; Saúde Mental; Cuidado de Enfermagem; Instituições de Saúde.

INTRODUÇÃO

Com o processo de redemocratização brasileira, no início dos anos 80, fortalece-se o movimento pela reforma sanitária, tendo como bandeiras: a melhoria das condições de saúde da população, o reconhecimento da saúde como direito universal, a reorganização da atenção a partir dos princípios da integralidade e da equidade e a responsabilidade da garantia do direito à saúde como sendo dever do Estado Ministério da Saúde Brasil (2006).

No contexto de transformações propostas pela reforma sanitária, temos o movimento da reforma psiquiátrica, que pode ser considerado como parte integrante de um movimento social por reformas políticas e sociais no campo da saúde mental. A reforma psiquiátrica vem sendo concebida como um movimento que busca a desconstrução de conceitos e práticas baseados no isolamento e na exclusão social do fenômeno da loucura. Essa nova ótica de tratamento procura deslocar o atendimento centrado no hospital para um atendimento mais ampliado, que possa contemplar a família, as relações sociais e os vínculos do sujeito que vivencia uma situação de sofrimento. Mais do que isso, que o sujeito possa ser acompanhado dentro do território onde vive, ou seja, na comunidade, com ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação (Antonacci & Pinho, 2011).

Diante de um contexto de transformações da assistência psiquiátrica, compatível com as premissas constantes do modo psicossocial de fazer saúde mental, cabe citar os psicofármacos que devem ser considerados como parte integrante do arsenal terapêutico para o tratamento dos transtornos mentais, e não como a única alternativa cabível. Nesse contexto, surge a importância de construir um novo olhar para o cuidado em saúde mental, que não se restrinja ao contexto do sintoma e da sua contenção, mas que inclua a história de vida, a reconstrução dos laços afetivos, a convivência e o incentivo às tarefas cotidianas como propostas de libertação das amarras ocasionadas pelo sofrimento mental (Antonacci & Pinho, 2011).



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Nesse contexto, fica clara a importância da mudança de conceito e atitude quanto à doença mental e, para que isso ocorra, é necessário que os profissionais de saúde mental se adaptem às novas concepções e assim possam efetivar a assistência pautada em uma ideologia de cidadania, ética, humanização e uma assistência integral (Villela & Scatena, 2004).

Recentes mudanças nos modos de conceber a doença mental e o tratamento dispensado às pessoas com transtornos mentais e suas famílias, impulsionadas pelo movimento da reforma psiquiátrica, vêm requerendo dos profissionais de enfermagem uma prática fundamentada na ética, na cidadania e na humanização. Nas últimas décadas, o campo da saúde mental tem sido fortemente marcado pelo debate decorrente do movimento de Reforma Psiquiátrica que luta pela reorganização e redefinição da atenção à saúde mental no Brasil. Este movimento enfoca a desospitalização e a reinserção social, a implantação de rede de serviços e ações de cunho sanitário, promocional, preventivo e comunitário (Amarante, 1996).

As transformações na prática da enfermagem psiquiátrica ocorreram concomitantemente à evolução da assistência nos manicômios e asilos. Entretanto, com a Reforma Psiquiátrica, o cuidado torna-se mais complexo e desenvolvido por uma equipe multidisciplinar, da qual o enfermeiro faz parte. As mudanças na área da saúde mental têm repercussão no papel do enfermeiro; este profissional passa a desempenhar atividades com finalidades terapêuticas por intermédio do relacionamento terapêutico e programas de educação permanente a equipes, pacientes e familiares (Bertoncello & Franco, 2001).

O papel do enfermeiro psiquiátrico consiste de um conjunto de comportamentos adotados por ele, no momento em que interage profissionalmente com outras pessoas para assisti-los. Sua atuação efetiva envolve um conjunto de funções podendo ser sintetizadas em criar e manter um ambiente saudável, terapêutico que facilite e propicie o desenvolvimento do ser humano; manter relações interpessoais terapêuticas com o usuário/cliente, individualmente ou em grupos; orientar e supervisionar a equipe de enfermagem, através do relacionamento humano, para auxiliá-la no desenvolvimento de suas funções; executar tarefas administrativas gerenciando os recursos humanos e os recursos materiais de sua unidade, em benefício da assistência ao usuário/cliente e manter relacionamentos interpessoais estáveis e produtivos no trabalho com os demais membros da equipe multiprofissional (Lorenzi, Tomazzoni, Durman, Ayres, & Provin, 2005).



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

A prática de cuidado manicomial ainda é muito presente. Dessa forma, a abordagem do profissional de saúde se torna muito restrita, dificultando um maior vínculo com o paciente, e consequentemente, a escuta de seus anseios e preocupações.

OBJETIVO

O presente trabalho tem como objetivo relatar a experiência de acadêmicas do curso de enfermagem de uma visita realizada em uma unidade psiquiátrica localizada em um hospital universitário da região central do estado do RS.

METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência de uma visita realizada por acadêmicas do curso de enfermagem a uma unidade psiquiátrica, a mesma buscou ampliar o conhecimento acerca da história da psiquiatria, bem como visualizar como se desenvolve as diretrizes da Lei da Reforma Psiquiátrica, principalmente no que diz respeito à relação da equipe de enfermagem e dos demais profissionais de saúde com o paciente. A visita foi realizada por cinco acadêmicas do curso de enfermagem, a supervisão das mesmas foi realizada por três mestrandas orientadas por uma professora Doutora em Enfermagem, a mesma ocorreu em março do ano de 2012.

A Unidade Psiquiátrica foi fundada em 1968 e a princípio chamava-se Centro Comunitário de Saúde Mental, o centro era vinculado à Secretaria de Saúde do Estado. Esse centro surgiu da união de interesses entre o curso de medicina da UFSM (Universidade Federal de Santa Maria) e a Secretaria de Saúde local de Santa Maria. O atendimento realizado por professores de psiquiatria visava ao treinamento dos alunos de medicina para, entre outras coisas, elucidação diagnóstica, educação familiar, triagem de pacientes enviados para o Hospital São Pedro, localizado em Porto Alegre; assistência aos egressos do referido hospital e aos familiares; articulação com outros serviços clínicos dos centros de saúde, em especial os de assistência à gestantes e à infância. Em março do mesmo ano, esse centro foi transferido para o Campus da Universidade, recebendo a denominação de Hospital Psiquiátrico por ser anexo ao Hospital Universitário, tendo suas atividades iniciadas em 1969. A partir de 1972, iniciou o sistema de Hospital Dia e, em



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

1974, estruturou a unidade de internação. Atualmente, em virtude das mudanças ocorridas no campo jurídico e terapêutico, o Hospital Psiquiátrico passou a ser uma Unidade do Hospital Geral (HUSM). O HUSM é um Hospital Regional, atende a 4ª Coordenadoria de Saúde, que abrange 32 municípios. A Unidade Psiquiátrica possui os serviços de internação, ambulatorial e de emergência. A unidade de internação dispõe de 25 leitos, para ambos os sexos. Atualmente cinco estão desativados, ou seja, estão sendo utilizados 20 leitos Rossato *et al.* (2006). Ainda, o tempo de internação gira em média de 20 dias, não tendo um tempo máximo, sendo as patologias mais frequentes são transtorno afetivo bipolar e esquizofrenia. Quanto à estrutura física, a mesma apresentou-se precária, devido aos anos sem manutenção. A unidade psiquiátrica é campo de estágio dos alunos de graduação dos cursos da área da saúde, e também dos profissionais da residência multiprofissional e médica.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Ao realizar a visita, observou-se que apesar da Lei da Reforma Psiquiátrica estar em vigor desde o ano de 2001, ainda observam-se atitudes que em partes não condizem com as diretrizes da referida Lei. Por vezes, se observou alguns membros da equipe de saúde prestando cuidado de forma rígida. Em muitos de seus discursos, eram mencionadas, entre suas palavras: orientações de enfermagem, de maneira imposta, sem que o usuário pudesse expor seu ponto de vista. A comunicação é inerente aos relacionamentos humanos e se faz presente em todas as suas atividades. Através dessa, é possível que as pessoas possam compartilhar experiências, conhecimentos e até mesmo seus pensamentos. No âmbito da saúde, as relações humanas constituem a base para a atuação dos profissionais, sendo assim, a comunicação torna-se essencial para a qualidade no atendimento ao paciente. Na atuação da equipe de enfermagem, onde as ações profissionais são centradas na assistência ao paciente, comunicar implica em emitir, receber e codificar mensagens verbais e não-verbais, através de expressões, simbologias, palavras e também posturas e atitudes (Sperandio & Évora, 2005).

Com isso, percebemos que o que na verdade seria realmente orientação de enfermagem, muitas vezes, não estava sendo compartilhado com o paciente de maneira



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

correta na unidade, o que dificulta as relações não só entre a equipe de enfermagem e o paciente, mas tem seu reflexo na equipe de profissionais de saúde como um todo.

A complexidade do cuidado em saúde convoca a um redimensionamento das concepções de saúde, doença, cura e cuidado, levando-nos a compreendê-las como disposição para “acompanhar na vida”, valendo-se de outras tecnologias de intervenção, calçadas fundamentalmente nas relações que aí se produzem (Mello, 2009).

No ambiente hospitalar, os enfermeiros, mais do que qualquer outro profissional da saúde, têm frequentes oportunidades de facilitar e manifestar o respeito pelos direitos dos pacientes. Como líderes de equipe, ou seja, assumindo a liderança da assistência prestada ao paciente, os enfermeiros são a fonte principal de contato pessoal, íntimo e contínuo com os pacientes, não obstante seu envolvimento com a tecnologia e com a burocracia hospitalar. São eles os responsáveis pela implementação do cuidado a cada paciente, individualmente, o que lhes confere oportunidade de orientá-lo e de prestar-lhe informações completas, precisas e verdadeiras sobre os procedimentos que os integrantes da equipe de enfermagem, ou outros profissionais da saúde, desempenharão com ele e para ele (Trevizan, Mendes, Lourenço & Shinyashiki, 2002).

A dignidade do ser humano, frequentemente, parece estar sendo menos enfatizada pelos profissionais de saúde. Sendo assim, a doença passa a ser o objeto do saber reconhecido cientificamente, desarticulado do ser que a abriga e no qual ela se desenvolve. Desse modo, a ética, por enfatizar os valores, os deveres e direitos, o modo como os sujeitos se conduzem nas relações, constitui-se numa dimensão fundamental para a humanização hospitalar.

O cuidado humanizado é um instrumento de trabalho essencial. É importante que haja empatia entre o paciente e o profissional de saúde, sendo fundamental que o mesmo seja valorizado e visto como alguém que está inserido em determinado contexto social, que tem sua cultura, suas crenças e valores, e principalmente, sentimentos e emoções.

Nesse sentido, é importante que se faça uma reflexão sobre o modo de cuidar, e que a reforma psiquiátrica, apesar de estar em vigor desde o ano de 2001, possa não somente estar presente no discurso dos profissionais em saúde mental, mas na prática.



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

CONCLUSÕES

A psiquiatria colocou o sujeito entre parênteses para ocupar-se da doença; a doença é que deveria ser colocada entre parênteses para que pudéssemos ocupar-nos do sujeito em sua experiência. Colocar a doença entre parênteses não significa a sua negação; a negação de que exista algo que possa produzir dor, sofrimento, diferença ou mal-estar. Significa a recusa à explicação psiquiátrica; à capacidade de a psiquiatria dar conta do fenômeno com a simples nomeação abstrata de doença. A doença entre parênteses é, ao mesmo tempo, a denúncia social e política da exclusão, e a ruptura epistemológica com o saber naturalístico da psiquiatria (Amarante, 2009). Neste sentido, acreditamos existirem questões e noções de base que necessitem de maior debate, a fim de oferecerem um aprofundamento e uma clareza acerca da problemática dos novos serviços, num contexto de construção do campo da saúde mental e suas práticas (Amarante & Torres, 2009).

Pode-se ressaltar que as expressões dos pacientes, por vezes, eram de ansiedade, angústia e preocupação. Era notável a necessidade que os mesmos tinham de conversar e ter uma companhia. Ao sairmos da unidade, o sentimento que ficou foi de quando internados, os pacientes sentem saudade de suas famílias e de seus cotidianos fora do hospital, sendo para eles o momento mais esperado durante o dia, o horário de visitas. Após o término da visita, a observação do profissional é de que para o paciente, é como se ele “voltasse à internação”.

Portanto, a experiência foi válida, pois foi possível conhecer um pouco mais sobre a história psiquiátrica, visualizando a maneira como se apresenta a postura dos profissionais de saúde frente à Lei da Reforma Psiquiátrica nessa unidade, assim como suas relações para com os pacientes. Percebeu-se que em certos aspectos, ainda é presente o cuidado manicomial nesse espaço.

REFERÊNCIAS

Amarante, P. D. C., & Torres, E. H. (2009). *A constituição de novas práticas no campo da Atenção Psicossocial: análise de dois projetos pioneiros na Reforma Psiquiátrica no Brasil*. Cad. Bras. Saúde Mental.



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

- Amarante, P. D. C. (1996). *O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ.
- Amarante, P. D. C. (2009). *Reforma Psiquiátrica e Epistemologia*. Cad. Bras. Saúde Mental.
- Antonacci, M. H., & Pinho, L. B. (2011). Saúde mental na atenção básica: uma abordagem convergente assistencial. *Rev Gaúcha Enferm.*, 32(1), 136-42. Recuperado em 18 maio, 2012, de <http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/16370>
- Bertoncello, N. M. F., & Franco, F. C. P. (2001) Estudo bibliográfico de publicações sobre a atividade administrativa da enfermagem em saúde mental. *Rev Latino-am Enfermagem*, 9(5), 83-90. Recuperado em 18 maio, 2012, de <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v9n5/7803.pdf>
- Lorenzi, J. L., Tomazzoni, M. I., Durman, S., Ayres, L. O., Provin, S. (2005, outubro). Sistematização da assistência de enfermagem em saúde mental no município de cascavel: proposta de trabalho. *Anais do 2º seminário nacional estado e políticas sociais no Brasil*, Cascavel, PR, Brasil.
- Mello, V. R. C. (2009). *Estratégias de humanização do cuidado em saúde mental: Cartografando as Intervenções de Apoiaadores Institucionais*. Dissertação de mestrado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil.
- Ministério da Saúde (2006), *A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo*. Recuperado em 18 maio, 2012, de http://www.portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/construcao_do_SUS.pdf
- Rossato, V. M. D., Mello, T. A. P., Pires, F. B., Cunha, R. W. P., Silva, A. A., Freitas, F. F. (2006). *Práticas desinstitucionalizadoras em uma unidade de internação psiquiátrica*. Port. (Ed.). Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog, 2(2). Ribeirão Preto.
- Sperandio, D. J., & Évora, Y. D. M. (2005) Planejamento da assistência de enfermagem: proposta de um software-protótipo. *Rev Latino-am Enfermagem*, 13(6), 937-43. Recuperado em 18 maio, 2012, de <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n6/v13n6a04.pdf>
- Trevizan, M. A.; Mendes I. A. C.; Lourenço, MR, Shinyashiki, G. T. (2002). Aspectos éticos na ação gerencial do enfermeiro. *Rev Latino-am Enfermagem*, 10(1), 85-9. Recuperado em 18 maio, 2012, de



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692002000100013&lng=es&nrm=iso

Villela, S. C., & Scatena, M. C. M. (2004) A enfermagem e o cuidar na área de saúde mental. *Rev Bras Enferm.*, 57(6), 738-41. Recuperado em 18 maio, 2012, de <http://www.scielo.br/pdf/reben/v57n6/a22.pdf>





**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

MINI CURSOS



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

**Terapia Cognitiva Comportamental – a forma de pensar como agente das emoções e
comportamentos do ser humano**

Carlos Eduardo Seixas ¹

¹ WP – Centro de Psicoterapia Cognitiva Comportamental
Universidade Luterana do Brasil (ULBRA-SM)

A Terapia Cognitiva-Comportamental é uma teoria recente da psicologia, existente há seis décadas, que abrange mais de 30 abordagens diferentes de intervenções com a mesma premissa básica. Encara o ser humano como agente ativo de seus comportamentos e emoções, que através do automonitoramento e autoconhecimento, pode alterar formas de processar estas informações, pensamentos, sentimentos e comportamentos de uma maneira melhor adaptativa em seu contexto biopsicosocial. Afirma que não são os eventos em si que causam os sentimentos, e sim, a forma idiossincrática de interpretá-los. O objetivo deste mini-curso é apresentar a teoria e prática deste modelo de terapia, através de exposição teórica e prática de caso clínico fictício, a fim de somar conhecimentos aos interessados e desmistificar crenças básicas sobre a relação psicólogo-paciente e posturas éticas que a profissão exige.

Palavras-chave: Cognitiva-Comportamental; Psicologia; Pensamentos



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Instrumentos para a Promoção de Saúde Mental na Atenção Básica em Saúde

Ana Vanessa de Medeiros Neves ¹

¹ Ministério da Saúde

As estratégias para a execução das Políticas de Saúde Mental nos diversos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) constituem um tópico de grande relevância para a formação profissional na área de saúde. Esta temática tem adquirido maior destaque em resposta à realidade dos profissionais da saúde, os quais se deparam cotidianamente com um grande número de pessoas que apresentam sofrimento psíquico em diferentes graus e que buscam atendimento em serviços públicos. Frente a esta demanda, se faz necessário o desenvolvimento de estratégias de atenção à saúde que permitam a prestação do cuidado em conformidade com as necessidades integrais do sujeito assistido e para tanto se devem considerar tanto os aspectos específicos da patologia apresentada, como também a rede de relações que cada indivíduo assistido estabelece. A Política de Saúde Mental no Brasil visa à construção de uma rede de dispositivos de cuidado que promovam a atenção ao portador de sofrimento mental em seu território, viabilizando a execução de ações que permitam a reabilitação. A inclusão das ações de saúde mental na Atenção Básica é uma das principais formas de ampliação do acesso aos cuidados em saúde mental, devendo obedecer ao modelo de redes de cuidado, de base territorial e atuação transversal com outras políticas específicas e que busquem o estabelecimento de vínculos e acolhimento. Este curso foi elaborado com o objetivo de apresentar aos profissionais de saúde as principais estratégias e ferramentas que possibilitam a execução da Política de Saúde Mental na Atenção Básica em Saúde, capacitando-os a iniciar o processo de mudança em sua realidade local. Inicialmente, apresentaremos de forma sintética a legislação estruturante do SUS, passando em seguida à legislação específica sobre Saúde Mental e Atenção Básica em Saúde. Após esta breve fundamentação, apresentaremos as características das principais estratégias utilizadas na Atenção Básica em Saúde, destacando-se a Estratégia Saúde da Família (ESF) e as Equipes Matriciais em Saúde, tais como as Equipes de Saúde Mental, os Núcleos de Atenção à Saúde da Família (NASF) e os Consultórios de Rua. A última e mais prolongada etapa do curso recairá sobre a



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

apresentação das ferramentas tecnológicas disponíveis para a execução da Política de Saúde Mental, tais como a Clínica Ampliada, o Apoio Matricial, o Projeto Terapêutico Singular (PTS), o Projeto de Saúde no Território (PST), a Pactuação de Apoio, a Educação Permanente em Saúde Mental, as Rodas de Terapia Comunitária Integrativa (TCI), os Grupos Educativos e as Oficinas Terapêuticas e de inclusão produtiva. Finalizaremos a atividade com a discussão sobre as possibilidades de implantação destas ferramentas a partir da análise das realidades locais dos profissionais presentes ao curso.

Palavras-chave: Saúde mental; Atenção básica à saúde; Políticas públicas





**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

A mediação familiar como alternativa na resolução de conflitos

Sabrina Daiana Cúnico ¹

¹ Universidade Federal de Santa Maria (UFSM)

A mediação familiar é um procedimento alternativo de resolução de conflitos que visa a colaborar com um melhor encaminhamento dos processos judiciais por meio de acordos estabelecidos. Tal procedimento tem por objetivo, principalmente, evitar o litígio e, conseqüentemente, um maior desgaste emocional para as partes envolvidas. A Mediação Familiar está em processo de construção no Brasil. Atualmente, encontramos-nos em um momento de reflexão acerca da produção do conhecimento na área, contribuindo para a construção das intervenções e do seu campo de atuação. Nesse contexto, este mini-curso objetiva apresentar a teoria e a prática deste modelo de resolução de conflitos, tendo por foco os conflitos familiares, através de exposições teóricas e a discussão de casos fictícios, a fim de proporcionar um melhor entendimento acerca desta temática e contribuir para a discussão que envolve a interlocução entre a Psicologia e o Direito.

Palavras-chave: Mediação familiar; Relações familiares; Família



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Prevenção em saúde e intervenção psicossocial em desastres

Eveline Favero ¹

Francielli Galli ¹

¹ Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)

Os desastres são sem dúvida eventos que desafiam a capacidade de enfrentamento de indivíduos e grupos e carregam consigo o risco de consequências adversas na saúde. Quando as perdas individuais se somam aos impactos do desastre na comunidade, o resultado deste último na saúde psicológica dos envolvidos tende a ser mais expressivo. Desse modo, sob circunstâncias normais, as comunidades geralmente dispõem de uma gama de recursos psicossociais que contribuem para o bem-estar de seus membros. Déficits nestes recursos podem resultar na diminuição da capacidade de enfrentamento e otimismo, mediando os efeitos negativos dos desastres. Assim, as intervenções psicossociais no pré, durante e pós-desastre devem buscar envolver a comunidade em todos os aspectos de sua própria recuperação, garantir o mínimo de recursos psicossociais para a população, minimizando estressores secundários e auxiliando a comunidade a se fortalecer e a desenvolver sua própria capacidade de resiliência. Diante destas considerações, o desafio que se coloca é como a psicologia pode contribuir na promoção da saúde em populações que enfrentam situações de desastres? Uma aproximação possível coloca em discussão à interface entre a psicologia dos desastres e a psicologia comunitária. Verifica-se que a primeira tem um amplo desenvolvimento teórico no que se refere às consequências dos desastres na saúde psicológica (Davidson & McFarlane, 2006; Norris, Friedman, Watson et al., 2002), nas reações dos indivíduos e grupos sociais a diferentes tipos de estresse (Phifer & Norris, 1989), reconhecendo a importância da comunidade como fonte de apoio psicossocial (Norris & Kaniasty, 1996) e da cultura enquanto geradora de significados e crenças (Dake, 1992). A segunda, por sua vez, possui desenvolvimentos teóricos e ferramentas metodológicas de intervenção comunitária (Ramírez et al., 2006; Rodríguez-Marín et al., 2007), que podem contribuir na compreensão psicossocial dos desastres e no desenvolvimento de mecanismos de minimização dos seus impactos, por meio de estratégias de fortalecimento dos grupos

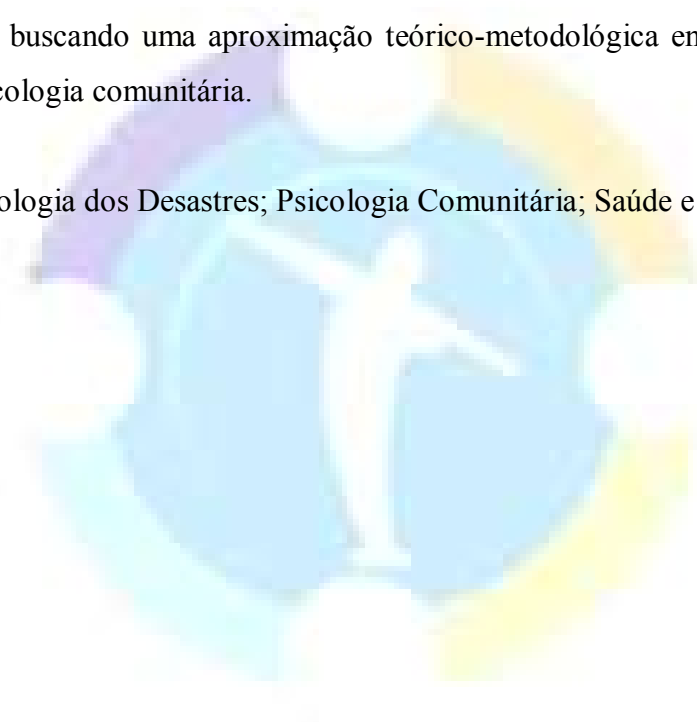


**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

sociais frente aos seus riscos. Partindo dessas considerações o objetivo deste mini-curso é proporcionar reflexões sobre as aproximações entre a psicologia dos desastres e a psicologia comunitária, especialmente no que diz respeito à intervenção psicossocial nessas situações. O curso será desenvolvido em 04 horas/aula, divididas entre os seguintes tópicos: a) Breve introdução à Psicologia dos Desastres; b) Intervenção psicossocial em desastres; c) Percepção de risco e sua importância para políticas de intervenção em desastres. A metodologia será expositivo-dialogada, proporcionando a participação do grupo nas atividades. Espera-se com o curso estar contribuindo na reflexão sobre o papel do psicólogo na promoção e fortalecimento da saúde em populações que vivem situações de risco e desastres, buscando uma aproximação teórico-metodológica entre a psicologia dos desastres e a psicologia comunitária.

Palavras-chave: Psicologia dos Desastres; Psicologia Comunitária; Saúde e desastres





**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Conversando sobre abuso sexual infanto-juvenil

Sabrina Dal Ongaro Savegnago ¹

Suane Pastoriza Faraj ¹

¹ Universidade Federal de Santa Maria (UFSM)

O abuso sexual diz respeito a todo o ato sexual imposto à criança ou ao adolescente por parte de alguma pessoa de dentro ou de fora da família, que se utilize de sua posição de poder e confiança, negando o direito desses indivíduos ao desenvolvimento saudável de sua sexualidade. Embora a violência contra crianças e adolescentes não seja um problema surgido na sociedade contemporânea, é na atualidade que a concepção de que a criança e o adolescente são indivíduos em desenvolvimento que possuem direitos e deveres foi instaurada. Nesse sentido, o objetivo do mini-curso aqui proposto consiste em abordar a temática do abuso sexual, utilizando-se do material informativo “Conversando sobre abuso sexual”, como recurso facilitador. Este material será disponibilizado a todos os participantes do mini-curso. Pretende-se trabalhar os seguintes tópicos: conceito de abuso sexual; violência sexual intra e extrafamiliar; sentimentos vivenciados pelas vítimas; motivos que levam ao silenciamento diante de uma situação de abuso sexual; o lugar da família; a necessidade de informação sobre o tema; quem pode ajudar; e a rede de atendimento e proteção às vítimas e responsabilização dos autores.

Palavras-chave: Abuso sexual infanto-juvenil; Família; Rede de proteção



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Terapia familiar sistêmica: uma proposta para o fortalecimento da família

Sonia Arns^{1 2}

Noemy Dehnhardt ¹

¹ Faculdade Integrada de Santa Maria (FISMA)

² Centro de Estudos Sistêmicos da Família e do Indivíduo (CESFI)

A Terapia Familiar Sistêmica é uma proposta terapêutica que visa trabalhar com as pessoas, as relações e os sistemas humanos. A literatura refere e reconhece a família como um sistema e como a unidade fundamental de desenvolvimento, construção e transformação do ser humano. Neste contexto, este curso pretende ampliar os recursos dos profissionais que trabalham nas áreas da saúde, educação e humanas, nos diversos contextos institucionais como: escolas, famílias, hospitais e tem por objetivo fornecer aos participantes uma visão sintética e abrangente das abordagens que compõe a Terapia Familiar Sistêmica, bem como, a compreensão de alguns aspectos peculiares as famílias e aos casais. A metodologia usada será a apresentação de slides em Power Point para a exposição do tema proposto e a discussão de casos clínicos para um melhor entendimento dos aspectos teóricos e técnicos desta abordagem. O embasamento teórico deste curso é a concepção sistêmica de universo e família, que percebe o mundo e o indivíduo de forma integrada e interagente.

Palavras-chave: Terapia Familiar, Família, Relações.



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Terapia familiar sistêmica: uma proposta para o fortalecimento da família

Sonia Arns ¹

¹ Faculdade Integrada de Santa Maria (FISMA)

¹ Centro de Estudos Sistêmicos da Família e do Indivíduo (CESFI)

Resumo

A literatura refere que o surgimento de um sintoma pode ser avassalador para a relação familiar, em especial quando se manifesta em crianças e adolescentes. Frequentemente ocasiona mudanças na dinâmica da família gerando perturbações que podem atingir o vínculo do casal, o desempenho dos papéis de pai e mãe assim como o relacionamento entre os irmãos, afetando o grupo como um todo. Problemas como: discórdia conjugal, separação não bem resolvida dos pais, rejeição, abandono, maus tratos físicos e sexuais, entre outros, são fatores que podem criar um ambiente familiar hostil e interferir na saúde emocional dos seus membros, agravando sintomas já existentes ou contribuindo para a sua eclosão. Neste contexto, a Terapia Familiar oferece um suporte aos problemas supracitados, já que a mesma traz para análise, não somente o sujeito, mas o campo de interseção dos indivíduos em família, e desta com o ambiente social que a circunda, enfocando sistemas, subsistemas e sistemas mais amplos em conexão. A inclusão da família no tratamento de um paciente não só leva à melhora do paciente, mas também das relações familiares, levando-os a formarem um ambiente familiar mais coeso e saudável. Este estudo, na explanação deste tema, pretende ampliar os recursos dos profissionais que trabalham nas áreas da saúde, educação e humanas, nos diversos contextos institucionais como: escolas, famílias, hospitais e tem por objetivo fornecer uma visão sintética e abrangente das abordagens que compõe a Terapia Familiar Sistêmica, bem como, a explanação do processo terapêutico e a compreensão de alguns aspectos peculiares as dinâmicas familiares.

Palavras-chave: Terapia familiar; Família; Relações; Saúde.



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

INTRODUÇÃO

Há muito tempo, é reconhecida a influência familiar nos mecanismos de adoecimento das pessoas. No entanto, na prática geral, ainda hoje é infrequente a abordagem à família do paciente, para melhor compreensão e, conseqüentemente, ampliação das possibilidades terapêuticas. Quem acompanha o atendimento a pacientes sabe o quão frequente são os que apresentam queixas psicossomáticas, cuja função principal talvez esteja das dificuldades mal resolvidas, muitas vezes relacionadas ao funcionamento familiar patológico. Não abordar a família neste e em outros casos, na maioria das vezes, limita muito a capacidade de compreender, de aliviar, de cuidar e de auxiliar a encontrar uma cura.

O trabalho desenvolvido com as famílias através da Terapia Familiar Sistêmica possibilita aos participantes identificar, nomear e compartilhar suas preocupações, seus anseios, frustrações, expectativas e emoções. Nestes momentos, acontece a troca de experiências, com histórias compartilhadas que despertam no outro a percepção de que existem outras maneiras de ver o mesmo problema. Tal processo é vivenciado pela família como um aprendizado que possibilita uma melhora acentuada nos relacionamentos e na dinâmica familiar como um todo.

A Terapia Familiar é também indicada (Cordioli, 1998) quando ocorrem conflitos nos quais um dos membros familiares é tratado como “bode expiatório”, dificuldades com o encaminhamento das questões típicas infantis e de adolescentes, quando há a ocorrência de uma doença física crônica na qual necessita da ajuda de todos os familiares na recuperação do membro que está doente (ex: câncer, Alzheimer, esquizofrenia), nas crises evolutivas típicas da família (saída de ambos os pais para trabalhar com filhos pequenos, saída dos filhos de casa – síndrome do ninho vazio, aposentadoria), em situações de separação e divórcio, novo casamento, entre outros já citados.

Origem da Terapia Familiar Sistêmica

Alguns autores, entre eles Féres-Carneiro (1996), concordam que os primeiros fundamentos da terapia familiar encontram-se no atendimento do pequeno Hans realizado por Freud em 1909. O processo terapêutico ocorreu através do pai do menino, criando



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

mudanças significativas na dinâmica da família. Já o trabalho de John Bowlby exemplificou a transição de uma abordagem individual para uma familiar. Frustrado com o processo lento em um atendimento infantil, Bowlby decidiu atender a criança e os pais juntos. Como o resultado foi positivo passou a adotar esta modalidade de atendimento com outros pacientes. Também outros autores contemporâneos, como Adler, Sullivan e Fromm-Reichman, contribuíram no sentido de apontar as origens dos conflitos individuais nas relações familiares. Teóricos da Cibernética, como Norbert Wiener, ou movimentos terapêuticos grupais, como Pichon Riviére, e Paul Watzlawick que estudava a comunicação humana, participaram do movimento de trazer a família para a cena clínica, o que veio ocorrer sistematicamente após 1960. Outra contribuição valiosa para a Terapia de Família é o atendimento familiar dos assistentes sociais, que desde o início do século XX, tinham como foco do seu trabalho, o atendimento ao grupo familiar. A família passa, então, a ser a protagonista da cena com o reconhecimento de que seu estudo auxilia a compreensão da dimensão individual do conflito. A partir daí é que se desenvolvem os modelos sistêmicos da Terapia Familiar (Nichols & Schwartz, 2007).

A Terapia Familiar Sistêmica surgiu nos Estados Unidos a partir do trabalho de um grupo de pensadores e terapeutas, conforme indica Minuchin (2006): O antropólogo Gregory Bateson, que estudava a comunicação humana e o psiquiatra e psicanalista Nathan Ackerman, que observava a relação dos seus pacientes esquizofrênicos e suas famílias, foram os pioneiros. O que Bowlby começou a fazer como experimento Nathan Ackerman levou à consecução – a terapia familiar como a principal forma de tratamento nas clínicas de orientação infantil.

Entre 1960 e 1970 surgiram diferentes abordagens e o pensamento original era que a orientação teórica sistêmica era aplicável a toda estrutura humana, sem preocupação com diferenças culturais ou étnicas. Gradativamente, no entanto, foram surgindo, a partir de críticas, importantes complementos que se incorporaram a esse pensamento original: a crítica feminista à ausência da perspectiva de gênero e poder no enfoque sistêmico; a dimensão intrapsíquica que buscou recuperar o indivíduo no grupo familiar; as emoções e as heranças transgeracionais; os significados nas conversações e o lugar da família no contexto sociocultural. É importante, ainda, apontar as mudanças ocorridas na formação, na postura e na ação do terapeuta familiar, desde seu início. As mudanças vão de um



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

terapeuta eminentemente intervencionista, a um terapeuta conhecedor ativo de si mesmo e dos membros da família, não neutro, mas determinado a participar (Féres-Carneiro, 1996).

As Principais Escolas da Abordagem Sistêmica

Os principais grupos que representam a abordagem da Terapia Familiar Sistêmica são: a Escola de Palo Alto (Paul Watzlawick, Gregory Bateson, Carlos Sluzki, Virgínia Satir); a Escola Estrutural (Salvador Minuchin, Braulio Montalvo); a Escola Estratégica (Jay Haley, Cloé Madanés); a escola de Milão (Bôscolo, Cechin, Prata e Selvini) e a escola de Bowen (Murray Bowen), entre outros. Em termos metodológicos, os teóricos baseavam suas intervenções em redefinições (definir de modo novo um comportamento antigo, dando-lhe um novo sentido) e na orientação de tarefas, que seriam realizadas pelas famílias, com o objetivo de alterar o padrão de comunicação errôneo e repetitivo (Nichols & Schwartz, 2007).

A Escola de Palo Alto propõe uma terapia breve, objetiva e comportamental, procurando evidenciar os paradoxos da comunicação na família – o que torna uma família patológica, concluíram eles, é a comunicação patológica - e centrada na solução de problemas. Membro desta escola, Virginia Satir via os membros das famílias perturbadas como aprisionadas em papéis familiares limitados, como vítima, conciliador, desafiador, ou salvador, que coagiam os relacionamentos e enfraqueciam a auto-estima. Sua preocupação em identificar esses papéis limitadores da vida e liberar os membros da família de suas garras era consistente com o seu principal foco, que sempre foi o indivíduo. A Escola Estratégica também conserva esses objetivos a partir da observação das regras familiares que mantêm o problema. Apesar dessas proposições colocarem o terapeuta numa posição de muito poder, e esse “interventor poderoso” ser alvo de críticas, esse modelo trouxe muitas contribuições quanto ao manejo terapêutico e uso de técnicas com a família, que permanecem até hoje.

Salvador Minuchin, desde 1960, foi o responsável pelo desenvolvimento da Escola Estrutural. Essa abordagem valoriza a estrutura familiar e segue mapeando fronteiras, regras, direção da funcionalidade familiar, padrão de organização das interações, repetições de comportamentos, coalizões, dinâmicas de interação. Este autor descobriu dois padrões comuns nas famílias perturbadas: algumas são *emaranhadas* – caóticas e



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

fortemente interligadas; outras são *desligadas* – isoladas e aparentemente não relacionadas. Minuchin (1982) trabalhava com famílias de classe social baixa com filhos delinquentes e percebia que pais emaranhados estavam tão enredados com os filhos que não conseguiam exercer liderança e controle e que os pais desligados estava distantes demais para fornecer apoio e orientações efetivas. Esta abordagem dá grande valor à análise e intervenção nos subsistemas, que são grupos demarcados por fronteiras internas, como o subsistema paternal, o fraternal, o conjugal, o filial, o feminino, o masculino etc. As fronteiras têm ainda uma outra função que é demarcar a estrutura hierárquica.

A Escola de Milão iniciou, na Europa, seu trabalho com a proeminente psiquiatra e psicanalista Mara Selvini Palazzoli, que estava frustrada com o trabalho de orientação individual sobre os transtornos alimentares. Ela trabalhava há muitos anos com adolescentes anoréxicas e não percebia muitos resultados com o trabalho que desenvolvia somente com as meninas. Este grupo estava interessado em mudar o sistema de crenças familiares, através de um processo de questionamento circular, onde todos os membros da família eram convidados a compartilhar a sua visão a respeito do problema apresentado.

Murray Bowen, em 1946, começou seu trabalho clínico estudando as mães e seus filhos esquizofrênicos. Na época, desenvolveu o conceito de diferenciação de *self*, que é a capacidade de pensar e refletir, de não responder automaticamente a pressões emocionais, internas ou externas. É a capacidade de ser flexível e agir sabiamente, mesmo diante da ansiedade. Segundo Bowen (1991), os relacionamentos humanos são impulsionados por duas forças de vida que se equilibram: individualidade e proximidade. O sucesso em lidar com estas duas polaridades depende do quanto a pessoa aprendeu a lidar com as suas emoções ou usando o seu termo, da sua diferenciação de *self*.

O Processo Terapêutico

A Psicoterapia Familiar originou-se da insatisfação de muitos clínicos com a evolução lenta de pacientes quando eram tratados individualmente ou quando os avanços dos clientes na terapia eram anulados quando voltavam para o ambiente familiar (Cordioli, 1998). Dessa forma, o terapeuta familiar dá atenção tanto para o indivíduo quanto para o sistema familiar. A abordagem sistêmica trabalha no sentido de melhorar os arranjos hierárquicos e de papéis e tem por objetivo maior construir a comunicação entre os



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

membros familiares, desenvolver a autonomia e a individualização, descentralizar e tornar mais flexíveis os padrões de liderança e decisões.

Neste contexto, o terapeuta familiar tem uma função importante de mediador de conflitos, ou seja, ele não é o solucionador (Minuchin, 2008). A própria família deve buscar suas melhorias, pois eles se conhecem mais do que o próprio terapeuta. O terapeuta familiar faz avaliações, estimula as mudanças, mas não procura remodelar todo o comportamento dos clientes, e sim aprimorar a comunicação da família, incentivar os membros a se tornar mais solidários, leva-los a partilhar responsabilidade e reduzir o conflito dentro do ambiente familiar (Morris e Maisto, 2004). A terapia familiar pode ser funcional também quando apenas um membro da família possui um problema psicológico agudo, como no caso da esquizofrenia e da depressão.

O objetivo do tratamento é ajudar os membros mentalmente saudáveis da família a lidar de maneira mais efetiva com o impacto do distúrbio na unidade familiar. Quando os membros bem ajustados lidam melhor com essa situação, isso pode, por sua vez, ajudar a pessoa que tem problemas (Morris e Maisto, 2004, p. 444).

As famílias encaminhadas para serem beneficiadas pelo processo terapêutico da terapia familiar são admitidas com as mais variadas queixas, que se pode exemplificar, a título de ilustração, da seguinte maneira (Cervený, 2007):

- questões referentes à disciplina e à hierarquia familiar;
- comportamento marginal de filhos ou de um dos pais, com ameaças à integridade física ou psicológica dos elementos da família;
- violência verbal ou física entre os componentes do sistema familiar;
- dificuldades na relação conjugal;
- depressão e conflito entre familiares, desencadeados por desemprego e conseqüentes problemas sociais;
- abandono de genitor, levando o sistema familiar à desorganização social e psicológica;
- violência sexual de um componente da família contra menor.



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Desenvolvimento da prática de uma consulta familiar:

- *Socialização - “Construindo o Rapport”*: Após se identificar o terapeuta conversa com cada membro presente, inclusive crianças (saber idade, relação de parentesco, profissão, trabalho, etc). Momento de quebrar o gelo com perguntas abertas sem relação com o motivo da consulta. Atenção ao funcionamento familiar, às relações de poder, os padrões de comunicação, a linguagem não verbal, etc. Pequenos detalhes devem ser observados, como expressões corporais e faciais, quem senta perto de quem...dão pistas importantes sobre o funcionamento familiar e suas dinâmicas.
- *Introdução ao motivo da consulta - “Conte-me por que você está aqui”*: O terapeuta pede a quem solicitou a consulta para falar sobre o motivo da consulta, não esquecendo, no entanto, que todos devem ter a oportunidade de falar, estimulando se necessário.
- *Exploração do problema*: Enquanto escuta as respostas, o terapeuta estuda o processo – a habilidade da família de se comunicar, a habilidade do casal em dar e receber, quando e de quem as crianças tomam partido. Deve-se facilitar a comunicação entre os membros familiares: falas abertas, evitar que falem uns pelos outros, monopolizem a fala ou interrompam-se muito frequentemente. Isto já é terapêutico, visto que pode permitir pequenas alterações de relacionamento.
- *Estabelecendo metas e descrevendo seus planos*: O terapeuta deve ser claro e específico sobre o que precisa e como gostaria de ajudar a família a se movimentar e qual a direção a seguir. Inclua recursos e ideias que a família sugeriu.
- *Uso do genograma*: O genograma é uma representação gráfica que auxilia o terapeuta a ter uma ideia mais clara da história e do padrão familiar, que mostra a estrutura, o funcionamento, os relacionamentos saudáveis, conflitantes, distantes, próximos, simbióticos, etc. Deve-se incluir, no mínimo três gerações, bem como pessoas significativas que moraram ou cuidaram dos membros daquela família. É uma ferramenta das mais poderosas para que o terapeuta possa evidenciar padrões de repetição através das gerações, como alcoolismo, as triangulações, os legados, as crenças e os segredos e até o que muitas vezes está diante dos seus olhos, mas que não consegue enxergar (McGoldrick, 2012).



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

- *Tarefa de casa e encerramento.* Tarefa de casa é preciosa por inúmeras razões. Deixa a família saber que a terapia não é apenas conversar sobre coisas durante uma hora numa sala, mas também é trabalhar e fazer mudanças na sua vida cotidiana. Descreva a tarefa de casa para a família não como uma solução para o problema, mas de preferência como uma experiência para tentar e ver o que acontece. Pode ser usada como um ponto inicial para começar a próxima sessão. A tarefa não precisa ser elaborada, pode ser simples como os pais contatarem a escola, o casal elaborar uma lista do que gostaria de discutir na próxima sessão, solicitar a mãe e filha que conversem por 5 minutos sobre o que foi bom durante o dia ou sugerir que o pai não deixe a casa sempre que ficar furioso. Encerrar a sessão – alterar, brevemente, de volta para uma leve conversa, como apertar as mãos, agradecer por terem vindo, acompanhá-los até a saída – serve como um ritual que propicia harmonia à sessão e ajuda a amenizar a transição de volta para o mundo externo.

Todas estas sugestões não são um mapa fixo do que o terapeuta deve fazer, mas uma maneira de descrever o que pode ser feito com as famílias no setting terapêutico. Relembrando que, em decorrência da complexidade e da extensão dos problemas apresentados, o trabalho terapêutico envolve também vários níveis de abordagem complementar, utilizando, em especial, as redes sociais e de apoio, como escolas, serviços de saúde mental, exames psicológicos complementares e assim em diante.

Sendo assim, o terapeuta deve avaliar cada família, seus limites, recursos e desafios próprios para a sua recuperação. A forma como cada família enfrenta os desafios é decisiva para a sua recuperação. A reação pode ser vitimada ou voltada para o enfrentamento dos desafios. Neste caso, o terapeuta deve ficar atento à capacidade de resiliência que a família apresenta. A resiliência define a capacidade da família de suportar crises, estresses e traumas. Walsh (2005) amplia o conceito de resiliência do indivíduo sobrevivente, considerando a interação e os recursos do contexto familiar e social. O tratamento centrado na resiliência procura identificar os processos interativos e a capacidade da família frente às adversidades.



CONSIDERAÇÕES FINAIS

Abordar o tratamento psicológico com a família é de extrema importância, pois muitas vezes, para o paciente, é o único momento disponível para que possa falar a respeito das suas dificuldades com outros membros da sua família. As problemáticas supracitadas são encontradas com mais frequência em famílias que apresentam distribuição rígida e desigual de autoridade e poder, falta de diferenciação de papéis, conflitos permanentes, dificuldades de diálogo, descontrole da agressividade, baixo nível de desenvolvimento de autonomia, abuso de álcool e drogas, comprometimento psicológico/psiquiátrico, entre outros.

Deve-se portanto, enfatizar a contribuição da terapia familiar para o processo de conscientização destas dinâmicas familiares. Auxiliar os familiares requer conhecimento adequado por parte dos profissionais das áreas da saúde, para que possam ajudar a aliviar a ansiedade, diminuir as dúvidas, sentimentos de culpa e de vergonha, reduzindo a vulnerabilidade emocional, as tensões sofridas e aumentando a capacidade de tolerância da família como um todo (Minuchin, 1999). E assim, como o cliente que busca o atendimento, a família pode e deve ser acolhida e integrada ao tratamento porque esta irá funcionar como uma co-participação, uma vez que deve ser informada sobre as perspectivas do tratamento, os possíveis ganhos e progressos e como pode contribuir, efetivamente, para consolidá-los como uma verdadeira re-significação dos conflitos, sintomas e modos de se relacionar.

Importante ressaltar que uma família facilitadora do crescimento emocional e promotora de saúde não é aquela com ausência de conflitos. O potencial de saúde centra-se na possibilidade que o sistema familiar tem de encontrar alternativas para a solução dos seus problemas e de conseguir conter seus efeitos destrutivos (Féres-Carneiro, 1996). Bons níveis de saúde familiar, muitas vezes, encontram-se associados a núcleos que favorecem tanto a expressão de agressividade, de raiva e hostilidade, quanto de carinho, ternura e afeto.

Finalizando, cabe lembrar que pequenas melhoras são essenciais e que estas podem ser o início de melhoras mais profundas.



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

REFERÊNCIAS

- Boscolo, L.; Bertrando, P. (2008). *Terapia individual sistêmica*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Bowen, M. (1991). *De la familia al individuo: La diferenciación del si mismo en el sistema familiar*. Buenos Aires: Paidós.
- Carter, B., McGoldrick, M. (1995). *As mudanças no ciclo de vida familiar: uma estrutura para a terapia familiar*. 2 ed. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Cervený, C. (2007). *Família em movimento*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Cordioli, A.V. (1998). *As Psicoterapias mais comuns e suas indicações*. In Cordioli, A.V. (Ed.). *Psicoterapias: abordagens atuais* (p. 19-34). Editora Artmed: Porto Alegre.
- Elkaim, M. (2008). *Como sobreviver à própria família*. São Paulo: Integrare Editora.
- Féres-Carneiro, T. (1996). *Família: Diagnóstico e terapia*. Petrópolis, RJ: Vozes.
- McGoldrick, M. (2012). *Genogramas: Avaliação e intervenção familiar*. Porto Alegre: Artmed.
- Minuchin, S. (2008). *Dominando a terapia familiar*. Porto Alegre: Artmed.
- Minuchin, P.; Colapinto, J.; Minichin, S. (1999). *Trabalhando com famílias pobres*. Porto Alegre: Artmed.
- Minuchin, S.; Fischman, C. (1990). *Técnicas de terapia familiar*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Minuchin, S. (1990). *Famílias: Funcionamento e tratamento*. Porto Alegre: Artmed.
- Morris, C. G & Maisto, A. A. (2004). *Introdução a Psicologia*. São Paulo: Prentice Hall.
- Nichols, M.; Schwartz, R. (2007). *Terapia familiar: Conceitos e métodos*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Papp, P. (1992). *O processo de mudança: uma abordagem prática à terapia sistêmica da família*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Sluzky, C. (1997). *A rede social na prática sistêmica*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Taibbi, R. (2009). *Fazendo terapia familiar: habilidade e criatividade na prática clínica*. São Paulo: Roca.
- Walsh, F. (2005). *Fortalecendo a resiliência familiar*. São Paulo: Roca.



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”





**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”



MESAS REDONDAS



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Desafios para o primogênito, para a mãe e para os irmãos decorrentes da gestação e nascimento de um segundo filho

Débora Silva de Oliveira ¹

Aline Groff Vivian ²

Caroline Rubin Rossato Pereira ³

Rita de Cássia Sobreira Lopes ⁴

Cesar Augusto Piccinini ⁴

¹ Complexo de Ensino Superior de Cachoeirinha (CESUCA) e
Fundação Escola Superior do Ministério Público (FMP)

² Universidade Luterana do Brasil (ULBRA – Canoas)

³ Universidade Federal de Santa Maria (UFSM)

⁴ Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)

⁴ UFRGS – Universidade Federal do Rio Grande do Sul

No contexto do nascimento de um segundo filho, a tensão familiar tende a aumentar, exigindo reformulações de papéis e regras de funcionamento, acarretando implicações emocionais para o primogênito, o irmão e seus pais. Assim, serão apresentados resultados de pesquisas acerca desta temática. O primeiro estudo discutiu os indicadores de regressão e os de crescimento do primogênito no processo de tornar-se um irmão. Destacou-se a regressão do primogênito durante a gestação do irmão, enquanto que após o nascimento, aos doze e aos vinte e quatro meses, observou-se incremento de indicadores de crescimento, ainda que a regressão tenha se mantido. Percebeu-se que a regressão do primogênito foi uma forma de enfrentar a chegada do irmão, enquanto que o crescimento revelou capacidade para conquistas ou custos de assumir papel de irmão mais velho. Tanto as manifestações regressivas quanto as de crescimento oportunizaram um ir e vir saudável e um amadurecimento rumo à independência do primogênito. No que se refere à maternidade de dois filhos, também surgem novos desafios. Desta forma, o segundo estudo objetivou compreender o processo de tornar-se mãe de um segundo filho. Os resultados apontaram que mesmo com o respaldo da experiência anterior, a ideia que o segundo seria



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

“mais fácil” foi sendo revista. A criação gradativa de espaço para mais uma criança constituiu-se num desafio que se deu paralelo ao desenvolvimento rumo à independência do segundo filho. As mães recorreram a comparações entre os filhos, antes de poderem identificar e aceitar a singularidade de cada um. Além disso, a relação com a própria mãe passou por uma reorganização, enquanto a relação com o marido foi marcada pelo apoio, em especial, nos cuidados do primogênito. Por fim, o terceiro estudo investigou como se manifesta e como se desenvolve a rivalidade fraterna ao longo dos dois anos iniciais da relação. A análise indicou que no período inicial após o nascimento do irmão, a rivalidade fraterna se manifestou prioritariamente através do ciúme do primogênito em relação aos progenitores. Conforme o segundo filho passou a apresentar maior capacidade motora e de comunicação, a rivalidade passou a se expressar também através das competições e disputas diretas entre os irmãos. Os achados desses estudos qualitativos destacam-se no âmbito da pesquisa e da clínica, visto que identificar e compreender o contexto do nascimento do segundo filho e suas implicações para os diferentes membros envolvidos favorece e oportuniza o processo de crescimento e transformação da família como um todo.

Palavras-chave: Primogênito; Maternidade de dois filhos; Relacionamento fraterno



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Desafios na formação em Psicologia: o viés da promoção de saúde e da clínica ampliada

Lilian Ester Winter ¹

Rita de Cássia Maciazeki Gomes ¹

Jeane Lessinger Borges ¹

¹ Faculdade Três de Maio (SETREM)

O objetivo desta Mesa-Redonda é discutir os desafios na formação em Psicologia a partir do viés da promoção de saúde e da clínica ampliada. Estudos têm apontado a necessidade de uma formação em Psicologia que supere a área de atuação clínica individual e privada, partindo de uma visão crítica das práticas psicológicas e um engajamento social, em uma perspectiva ético-política. Este trabalho se constitui na descrição de um processo de implementação do curso de Psicologia da Faculdade Três de Maio/SETREM, da Região Noroeste no interior do Rio Grande do Sul. A mesa será composta por três trabalhos. O primeiro abordará os aspectos históricos e político-pedagógico do curso, o qual foi autorizado em abril de 2007, iniciando sua primeira turma em julho de 2007 e que finaliza sua formação em julho de 2012. A proposta do curso está voltada para o âmbito social, e contempla duas ênfases: Psicologia e Promoção de Saúde e Psicologia e Clínica Ampliada. A ênfase Promoção de Saúde consiste no desenvolvimento de ações que venham a promover a saúde e a qualidade de vida, beneficiando indivíduos, grupos, instituições e comunidades. A ênfase em Psicologia e Clínica Ampliada propõe a ampliação da prática clínica, buscando equilibrar o combate à doença com a produção de vida, a integralidade do sujeito, o compromisso do sujeito e seu coletivo, além de reforçar a importância da autonomia e do protagonismo dos mesmos. O segundo trabalho apresenta reflexões sobre a constituição das práticas de estágio básico e específico previstos na grade do curso. Nessa discussão, os alunos são desafiados a partir da inserção junto a rede de saúde, educação e assistência social, a pensarem o papel da Psicologia junto a políticas públicas, como também a diferentes áreas do conhecimento. Por fim, o terceiro trabalho discute as práticas e questionamentos das intervenções psicológicas do serviço de clínica-escola em Psicologia deste curso, que em seu processo de inserção na comunidade e na



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

oferta de estágios aos acadêmicos, vem adotando uma perspectiva de clínica ampliada. Desta forma, esta mesa-redonda busca discutir os desafios na formação do psicólogo enquanto profissional da saúde, buscando que este realize suas intervenções dentro de uma problematização dos aspectos históricos e sociais na produção de saúde, de sua atuação nas políticas públicas, da saúde mental coletiva e das questões éticas.

Palavras-chave: Formação em psicologia; Promoção de saúde; Clínica ampliada





III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Discussões sobre a inserção da Psicologia no campo da Assistência Social

Bruna da Silva Osório ¹

Verônica Bem dos Santos ¹

Roberta Fin Motta ¹

¹ Universidade Federal de Santa Maria (UFSM)

Em 2012, a Psicologia comemora 50 anos da regulamentação da profissão no Brasil. Contabilizamos, então, meio século de tentativas, das mais diversas, de inserção e consolidação profissional. Datas como essa ensejam processos de reflexão acerca dos caminhos escolhidos, das práticas efetivadas e dos efeitos construídos. A presente proposta de mesa pretende contribuir com essa discussão e enfoca a Psicologia nas Políticas Sociais Públicas (PSP), em especial, as vicissitudes da Psicologia na Política de Assistência Social e do Sistema Único de Assistência Social (SUAS). Tal abordagem será efetivada tendo em vista os contextos históricos e os processos de intensificação das inserções da Psicologia no campo da Assistência Social. Trata principalmente da inserção, atuação e formalização de registros acadêmicos acerca do tema. Além disso, será proposto a apresentação de uma pesquisa que teve como objetivo analisar a inserção e a prática profissional dos psicólogos que atuam no campo das PSP, na área da Assistência Social, no Centro de Referência de Assistência Social (CRAS). Este estudo foi realizado em 03 CRASs e contou com a participação de 05 profissionais da Psicologia que atuam nesse serviço, de uma cidade da Região Central do Estado do Rio Grande do Sul. Para finalizar, a mesa tem como objetivo discutir sobre a prática profissional nesse contexto, bem como suas dificuldades e facilidades, trazendo o relato de experiência de uma das mediadoras.

Palavras-chave: Práticas em Psicologia; Políticas Públicas; Assistência Social



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

**Fatores de risco e de proteção nos diferentes contextos do desenvolvimento de
crianças e adolescentes: foco nos processos de resiliência**

Samara Silva dos Santos ¹

Luciana Cassarino Perez ²

Débora Dalbosco Dell’Aglio ²

Jeane Lessinger Borges ³

¹ Universidade Federal de Santa Maria (UFSM)

² Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)

³ Faculdade Três de Maio (SETREM)

O objetivo desta Mesa-Redonda é discutir, a partir de estudos teóricos e empíricos, a presença de fatores de risco e de proteção em diferentes contextos de desenvolvimento humano de crianças e adolescentes expostos a situações de vulnerabilidade psicossocial, com foco nos processos de resiliência. A mesa será composta por três trabalhos. O primeiro abordará o conceito de resiliência a partir dos pressupostos da Teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano e da Psicologia Positiva. Serão discutidos os conceitos de fator de risco e de proteção, enfocando a relatividade do processo, e relacionando com variáveis como rede de apoio, religiosidade, características pessoais e familiares. Será dada ênfase ao processo de resiliência no desenvolvimento em contextos de violência, hospitalização, institucionalização, entre outros. O segundo trabalho buscará explorar características das interações de duas díades de mães e filhas, diante da revelação da violência sexual, que podem atuar como fator de proteção para o enfrentamento da situação de violência sexual. A partir da proposta de estudo de caso, será considerado o papel da figura materna na problemática da violência sexual, buscando compreender a força das experiências de vida e das características pessoais nas interações entre mães e filhas e suas relações com processos de resiliência. Os resultados apontam para a importância da figura materna e da relação positiva entre mães e filhas no processo de enfrentamento do abuso sexual. Por fim, o terceiro trabalho discutirá resultados de pesquisas sobre a presença de fatores de risco e de proteção, na perspectiva de crianças, adolescentes e pais. Tais estudos foram realizados considerando os contextos familiar,



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

escolar e comunitário, em situação de vulnerabilidade psicossocial, num município da Região Noroeste, interior do Rio Grande do Sul. Os resultados apontaram a presença de fatores de risco em diferentes contextos (conflitos conjugais, violência doméstica, uso de drogas no contexto familiar, doença ou morte de um familiar, tráfico de drogas na comunidade, conflitos na relação professor-aluno), bem como pela presença de fatores de proteção (vínculo positivo nas relações pais-filhos, limites por parte dos pais, apoio familiar aos filhos e suporte da rede de apoio social às famílias). Foi observada uma associação entre fatores de proteção no contexto familiar e elevada autoestima das crianças, rendimento escolar de adolescentes e expectativa positiva da vida entre adolescentes. Desta forma, esta mesa-redonda busca discutir a dinâmica risco-proteção, destacando variáveis relacionadas aos processos de resiliência.

Palavras-chave: Desenvolvimento humano; infância; adolescência, fatores de risco e de proteção; resiliência



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Qualidade de vida no trabalho

Márcia Elisa Jager ¹

Rodrigo Carvalho Carlotto ¹

Caroline Lúcia Cantarelli Rohde ²

¹ Universidade Federal de Santa Maria (UFSM)

² Centro Universitário Franciscano (UNIFRA)

Nas últimas décadas, o trabalho tem sofrido grandes mudanças por conta de transformações no mercado, na economia, nas relações sociais e na tecnologia. Essas transformações influenciam a forma como as organizações planejam as suas ações em um ambiente competitivo voltado para a produtividade. Na Universidade, os professores são os principais atores responsáveis por formar profissionais qualificados para este mercado de trabalho, onde suas atividades não se restringem mais somente às práticas de ensino, mas devem estar atreladas também ao desenvolvimento de atividades de pesquisa e extensão, que objetivam tanto a produção científica e geração de conhecimento como o desenvolvimento de ações que atendam as diferentes demandas na comunidade. Neste contexto, torna-se importante refletir sobre a qualidade de vida no trabalho desta classe profissional. A qualidade de vida no trabalho consiste, principalmente, na humanização e na potencialização do bem-estar dos trabalhadores. Espera-se o desenvolvimento de um processo gradual de participação dos mesmos nas decisões e na identificação de problemas emergentes no cotidiano de trabalho, visando à melhoria de condições no ambiente laboral. Não é novidade dizer que a qualidade de vida no trabalho interfere diretamente na produção e no desempenho profissional. No contexto universitário, especificamente, baixos índices de qualidade de vida no trabalho podem contribuir para um desempenho descomprometido com a formação de profissionais. Assim, o objetivo da presente proposta é pensar sobre a qualidade de vida no trabalho de professores universitários, através da discussão de variáveis que podem interferir em sua qualidade de vida. Desta maneira, falas sobre o que caracterizaria a qualidade de vida no trabalho em professores, considerações sobre o stress do dia a dia na profissão docente e estratégias de *coping* utilizadas por professores para administrar os desafios da profissão contemplaria o discurso do segundo



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

autor desta proposta. Instrumentos de medição, em específico considerações sobre a utilização do TQWL-42 nesta população e apresentação de resultados parciais e totais sobre o assunto, em pesquisas desenvolvidas com professores universitários, contemplariam as falas da primeira e terceira autora. Através da articulação entre as falas dos três profissionais que se propõem a compor a mesa será possível pensar sobre a importância da qualidade de vida no trabalho e sobre as variáveis que perpassem o fenômeno, em um contexto de atuação docente.

Palavras-chave: Qualidade de vida no trabalho; Profissão docente; Stress





**Refletindo sobre o acompanhamento de adolescentes em conflito com a lei: da
internação ao acompanhamento de egressos**

Jana Gonçalves Zappe ¹

Iara da Silva Ferrão ²

Jair Dutra ³

¹ Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFSM)

² Fundação de Atendimento Sócio-Educativo do Rio Grande do Sul

³ Programa de Oportunidades e Direitos

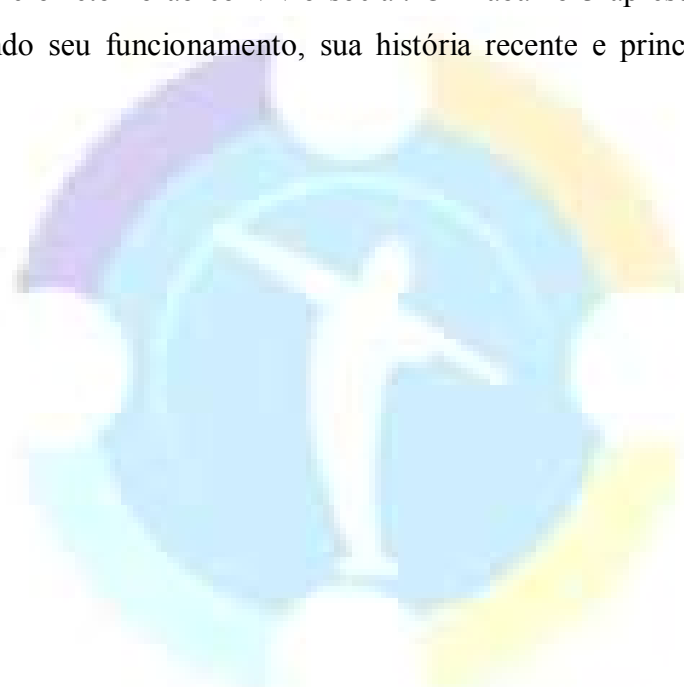
A violência configura-se como um sério problema social e de saúde pública, que acarreta consequências diretas e indiretas tanto às vítimas quanto aos agressores. A associação entre violência e juventude é um aspecto particularmente preocupante desta questão, pois entre os jovens encontramos as mais altas estatísticas de mortalidade por causas externas, assim como os jovens são como autores de agressões. Neste sentido, a criminalidade em adolescentes em conflito com a lei foi incluída na agenda nacional de prioridades de pesquisa em saúde. Nosso trabalho contempla esta agenda de prioridades, sendo nossa questão específica de estudo problematizar a institucionalização de jovens em conflito com a lei no sistema socioeducativo. Diversos trabalhos apontam a existências de dificuldades do sistema socioeducativo para ser eficaz na reconstrução dos projetos de vida de adolescentes que cometem atos infracionais. A internação tem sido uma medida muito utilizada, em que pese a prerrogativa legal de excepcionalidade, e tem sido ineficaz em grande parte dos casos atendidos se considerarmos os índices de reincidência. Muitos trabalhos apontam que o fracasso da internação está relacionado com o fato de que, após receber o acompanhamento institucional, o jovem retorna ao mesmo contexto anterior à internação, tão (ou mais) desamparado psicossocialmente quanto estava quando ingressou no sistema socioeducativo. Diante disso, algumas propostas recentes têm buscado alternativas para superar estas dificuldades e promover intervenções mais bem-sucedidas. Este é o caso do programa de egressos, implantado no Rio Grande do Sul a partir de 2009, o qual possui a missão de oferecer acompanhamento psicossocial aos jovens após a institucionalização para cumprimento de medida socioeducativa de internação ou



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

semiliberdade. Assim, o tema desta mesa-redonda abrange o acompanhamento de adolescentes em conflito com a lei desde o ingresso no sistema socioeducativo até o desligamento e inserção no programa de egressos, buscando discutir os processos que fazem parte desta trajetória. O trabalho 1 apresenta resultados de pesquisas que focaram a internação de adolescentes em conflito com a lei, enfatizando as dificuldades presentes neste cenário, justificando a necessidade de mudanças como as oferecidas pelo programa de egressos. O Trabalho 2 foca a transição entre o sistema socioeducativo e o programa de egressos, indicando os processos que fazem parte deste momento de transição entre a privação de liberdade e o retorno ao convívio social. O Trabalho 3 apresenta o programa de egressos, detalhando seu funcionamento, sua história recente e principais resultados alcançados.





III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Reflexões sobre a tarefa de cuidar e educar crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade social

Josiane Lieberknecht Wathier Abaid ^{1 3}

Mariana Dal Castel Lopes ²

Samara Silva dos Santos ²

Dorian Mônica Arpini ²

Débora Dalbosco Dell’Aglia ¹

¹ Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)

² Universidade Federal de Santa Maria (UFSM)

³ Centro Universitário Franciscano (UNIFRA)

Existe uma forte crença na sociedade de que a família deve amar e proteger suas crianças, entretanto, nem sempre a família representa esse espaço de proteção. Algumas famílias revelam padrões de relacionamento marcados por interações abusivas entre pais e filhos, baseadas em violência física, psicológica ou sexual. A vivência de tais experiências na infância pode atuar como fator de risco para o desenvolvimento, desencadeando intervenções de proteção, como o acolhimento institucional, ou intervenções de responsabilização- no caso de cometimento de ato infracional- entre as quais a mais extrema é a de privação de liberdade. Nesse cenário institucional, seja como medida protetiva ou socioeducativa, embora a família possa continuar como uma das principais referências com relação aos cuidados e a educação, outros agentes assumem ou compartilham, temporariamente, essa responsabilidade. Nesse sentido, o objetivo dessa Mesa-Redonda é discutir os diferentes aspectos que perpassam a tarefa de cuidar e educar de crianças e adolescentes em situações de vulnerabilidade social, considerando a perspectiva da família e de profissionais de instituições, tanto de acolhimento, quanto de cumprimento de medidas socioeducativas de privação de liberdade.

Palavras-chave: Família; Violência intrafamiliar; Instituições de acolhimento; Instituições de cumprimento de medidas socioeducativas; Cuidado e educação



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Saúde da mulher: diferentes perspectivas

Ana Cristina Garcia Dias ¹

Maria Geralda Viana Heleno ²

Marília Martins Vizzotto ²

Eda Marconi Custódio ³

¹ Universidade Federal de Santa Maria

² Pós Graduação em Psicologia Saúde - Universidade Metodista de São Paulo

³ Instituto Metodista de Ensino Superior e Instituto de Psicologia da USP

O objetivo do presente é discutir a violência doméstica sofrida por mulheres como decorrência das relações do casal. Parte-se do pressuposto que os relacionamentos conjugais implicam numa parceria e que a violência pode, muitas vezes, fazer parte dela e ser aceita pelos cônjuges. Analisa-se a questão da violência intrafamiliar sob o enfoque da justiça restaurativa. A partir desta premissa as relações violentas não podem ser resolvidas pelo crivo da justiça retributiva, mas deve-se criar a possibilidade de repará-las por meio da restauração dos vínculos.

Palavras-chave: Violência intrafamiliar, Justiça restaurativa



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Os adolescentes e sua saúde: existe uma relação?

Bibiana Ramos dos Santos ¹

¹ Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)

O objetivo desta pesquisa foi conhecer as demandas identificadas por profissionais de saúde das equipes de Estratégia de Saúde da Família, com foco na adolescência. O estudo contempla em sua revisão teórica uma apresentação do Sistema Único de Saúde e Estratégia de Saúde da Família, assim como o resgate das políticas públicas direcionadas aos adolescentes propostas pelo Ministério da Saúde (PROSAD). Também foi realizada uma revisão sobre adolescência, na qual se procurou dar enfoque às mudanças vivenciadas nesta etapa do desenvolvimento, como aspectos físicos, psíquicos e sociais, bem como a importância das relações familiares para os adolescentes. Para atender ao objetivo proposto o estudo foi de caráter qualitativo e entrevistou, através da técnica de entrevistas semi-estruturadas, profissionais de cinco equipes da Estratégia de Saúde da Família da cidade de Santa Maria/RS. Os resultados foram compreendidos através da proposta de casos múltiplos, e analisados através da análise de conteúdo. Os resultados evidenciados através das falas dos profissionais indicam a fragilidade das ações direcionadas ao público adolescente, mas também apontam para importantes problemáticas presentes neste grupo. Entre elas destaca-se a gravidez na adolescência, a violência, as drogas e os problemas familiares. Os profissionais apontam para a ausência de projetos direcionados ao público adolescente, também enfatizaram a ausência dos adolescentes nas unidades de saúde da família. Os profissionais de saúde não tem conhecimento da existência do Programa de Saúde do Adolescente (PROSAD), aspecto que possibilita compreender as dificuldades referidas na atuação junto ao público adolescente. Foram apontados ainda aspectos referentes à instabilidade no trabalho com relação à manutenção das equipes, aspecto que interfere nos vínculos estabelecidos com a comunidade, bem como no investimento em novas ações e/ou projetos. As considerações finais destacam a importância de incrementar o trabalho das equipes de Estratégia de Saúde da Família, fomentando a proposta de forma a fortalecer a implantação das idéias presentes no PROSAD que inclui as principais questões destacadas pelos profissionais como presentes em suas comunidades. Sem a



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

consolidação de ações específicas para os adolescentes vêm-se aumentar os riscos presentes neste grupo, razão pela qual a promoção de saúde e a prevenção se tornam cada vez mais urgentes e necessárias.

Palavras-chave: Estratégia de Saúde da Família; Adolescência; Profissionais de saúde.





III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

**Psicoterapia de crianças em instituição pública de saúde: novas perspectivas a partir
do olhar da criança**

Rodrigo Gabbi Polli ¹

¹ Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)

Várias questões invadem a mente do terapeuta que se aventura no campo da psicoterapia com crianças, fazendo com que este reflita e busque conhecimentos que norteiem a sua prática. Neste sentido, o presente estudo teve como objetivo investigar a forma como crianças que estavam em atendimento psicológico em instituição pública de saúde, em atenção básica, representam a sua terapia e o seu terapeuta. Com este intuito, realizou-se um estudo qualitativo com a aplicação da técnica do desenho-estória. Participaram deste estudo oito crianças com idade entre cinco e doze anos incompletos. Foi solicitado às crianças que realizassem uma sequência de três desenhos-estórias. A análise dos dados coletados foi feita através de análise de conteúdo. Os resultados são apresentados no formato de artigos científicos. O primeiro artigo versa sobre a representação de psicoterapia e o segundo sobre a representação de psicoterapeuta. Os resultados do primeiro artigo evidenciam que as crianças vivenciaram a sua terapia enquanto um espaço onde elas puderam tanto brincar quanto falar sobre si. O destaque dado pelos infantes aos recursos lúdicos e ao conversar salienta a valorização destes enquanto dispositivos que as possibilitaram comunicar e trabalhar as suas questões. Além disto, o tratamento foi experienciado pelas crianças como um lugar destinado a estas realizarem mudanças com o intuito de alcançarem ganhos terapêuticos e melhorarem. Por sua vez, os resultados do segundo artigo apontam que as crianças têm uma representação de psicólogo enquanto alguém que brinca e conversa com elas. Para que o processo terapêutico se dê, foi valorizada a capacidade do profissional prover um ambiente confiável e amparador, no qual a criança se sinta segura para trazer as suas questões, sendo destacado nesse sentido o *holding* recebido ao longo do tratamento. As considerações finais destacam a possibilidade da implantação de serviços de qualidade em instituições públicas de saúde, uma vez que a psicoterapia foi vivenciada pelas crianças como a literatura aponta que ela deve ser independente do lugar em que ela se dá e das pessoas que ela atende.



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Palavras-chave: Psicoterapia da criança; Saúde pública; Procedimento de desenhos-estórias.





III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Círculos de compromisso ao adolescente egresso do sistema socioeducativo

Iara da Silva Ferrão ^{1 2}

Ana Cristina Garcia Dias ²

Centro Social Marista Santa Marta
Universidade Federal de Santa Maria (UFSM)

Este trabalho relata a possibilidade da realização dos Círculos de Compromisso com adolescente egressos do sistema socioeducativo, bem como, a sua fundamentação, que segue os moldes da Justiça Restaurativa (JR). Os círculos descritos no trabalho são de experiências do programa destinados a adolescentes egressos da FASE. Objetivando refletir e divulgar a experiência da realização de Círculos de Compromisso dentro das práticas do modelo da JR, e principalmente no Programa de Oportunidades e Direitos (POD) Socioeducativo, foram utilizados a experiência profissional da autora na realização de círculos, e a fundamentação prevista no POD Socioeducativo. Em conclusão, constata-se que a realização dos círculos, o POD Socioeducativo, e a própria JR são temas bastante novos no cenário brasileiro, por isso destaca-se a necessidade da produção de mais trabalhos científicos que abordem a temática da JR e das práticas restaurativas, entre a elas a dos Círculos.

Palavras-chave: Círculo de compromisso, Justiça Restaurativa, Adolescente Egresso.

INTRODUÇÃO

A busca de reconhecimento social do jovem brasileiro encontra-se num momento delicado no cenário social do país. Oliveira (2001) salienta que esta operação de busca de reconhecimento social torna-se dramática na atualidade tendo em vista que há uma grande escassez de chances sociais e oportunidades de reconhecimento num contexto de amplas desigualdades sociais. Para autora, a violência e a identificação com a criminalidade podem se constituir como um caminho para obtenção de reconhecimento social, ainda às avessas.



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

A “opção” pelo ato infracional, de acordo com Gonçalves e Garcia (2007), surge como um *script* de um drama atravessado por conflitos pessoais e sociais, dificultando a construção da identidade deste jovem. As autoras ainda incluem no drama vivenciado por estes jovens as grandes dificuldades de inserção no mercado de trabalho, de busca de inclusão social que é frustrada, precariedade de educação, profissionalização e trabalho que segundo elas, caracterizam as vivências da grande maioria dos jovens brasileiros que se tornam autores de atos infracionais.

A partir do ECA, os adolescentes em conflito com a lei passam a contar com as garantias processuais básicas do Direito Penal dos adultos e são responsabilizados pelos atos infracionais cometidos a partir da aplicação de medidas sócio-educativas, que são as seguintes: advertência, obrigação de reparar o dano, prestação de serviços à comunidade, liberdade assistida, inserção em regime de semiliberdade e internação em estabelecimento educacional. Este trabalho dará um enfoque ao adolescente egresso da FASE, pois trata de um programa direcionado a este jovem.

Saraiva (2002) enfatiza que as medidas socioeducativas (MSE) possuem um duplo caráter, sendo ao mesmo tempo retributiva e socioeducativa. Para o autor é retributiva no sentido de constituir-se em uma sanção, uma resposta do Estado a quem transgrediu seus regulamentos; e socioeducativa no sentido de possuir um objetivo nitidamente pedagógico e ressocializador.

O atendimento aos casos de adolescente autores de atos infracionais se configura como um tema de pesquisa importante, pois ainda não contamos com propostas realmente efetivas para enfrentar este problema. Neste sentido Aginsky e Capitão (2008) apontam que a proposta de aplicação da Justiça Restaurativa a adolescentes que cometeram ato infracional anuncia princípios como responsabilidade, autonomia, interconexão, respeito e participação que, agregados ao atendimento socioeducativo, poderão qualificar as intervenções, possibilitando ao adolescente, à família e à rede de atendimento das políticas públicas a ressignificação da medida socioeducativa.

Este trabalho propõe-se a relatar as práticas dos Círculos de Compromisso nas ações direcionadas a Socioeducação, mais precisamente ao adolescente egresso da Fundação de Atendimento Socioeducativo (FASE).



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

DESENVOLVIMENTO

Entendendo a necessidade que a MSE deve ser planejada no sentido de oferecer novas oportunidades de desenvolvimento pessoal e social, visando à superação das dificuldades que levaram o jovem à prática do ato infracional (COSTA, 2005; VOLPI, 2006). Neste trabalho apresentaremos uma modalidade de um programa de atendimento aos adolescentes egressos da FASE, focando os relatos na prática de uma modalidade proposta pelo Programa de Oportunidades e Direitos Socioeducativo (POD), o Círculo de Compromisso.

O POD Socioeducativo teve início no Centro Social Marista Santa Marta no mês de abril de 2010, com objetivo de atender o jovem egresso da FASE, com idade entre doze e vinte e um anos. O programa através do acesso e permanência em espaços educativos pretende oferecer ao jovem que dele participa a possibilidade de um desenvolvimento pessoal e profissional, uma vez que, visa o retorno a educação formal, proporciona a participação em oficinas de qualificação profissional e formação humana cidadã, que os auxiliem na realização do Plano Individual de Atendimento de Liberdade Assistida, Prestação de Serviço à Comunidade e inserção social de adolescentes egressos da Fase.

O POD Socioeducativo tem fundamentação nos moldes da Justiça Restaurativa (JR). A prática dos Círculos nas instituições que trabalham com adolescentes em conflito com a lei também se encontra fundamentada nos moldes da Justiça Restaurativa. O Círculo é um encontro entre pessoas diretamente envolvidas com o assunto a ser trabalhado, é orientado por um coordenador e segue um roteiro pré-determinado. O Círculo de Compromisso é uma das etapas do programa destinado aos egressos da Fundação de Atendimento Socioeducativo (FASE). Seguindo as diretrizes da JR os Círculos de Compromisso dividem-se em três etapas: o pré-círculo (preparação para o encontro com os participantes); o círculo (realização do encontro propriamente dito) e o pós-círculo (acompanhamento). O pré-círculo é momento de oficinas, apresentação do projeto aos adolescentes, contato com a família a comunidade e a rede. O Círculo é feito entre pessoas diretamente envolvidas com a execução e responsabilização do adolescente que optar por participar do Programa de Oportunidades e Direitos (POD), aos adolescentes egressos. Neste momento ainda articula-se o Plano Individual Atendimento (PIA) ao egresso. O PIA prevê a participação da família, comunidade, rede, CASE, e os responsáveis pelo POD,



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

neste, cada parte se responsabilizam pelas ações acordadas. O pós-círculo é a fase do acompanhamento da execução do PIA construído em equipe no Círculo de Compromisso com responsabilidades definidas e assumidas pelos participantes do círculo e o adolescente. A execução do Círculo de Compromisso por proporcionar um espaço de novas possibilidades à nova realidade do adolescente egresso da FASE, pode ainda proporcionar possibilidades de segurança e da condição de superação da Medida Socioeducativa (MSE). O engajamento de todas as pessoas participantes do Círculo pode representar ao adolescente uma garantia de apoio na construção de seu futuro fora da instituição.

OBJETIVOS

- Refletir e divulgar a experiência da realização de Círculos de Compromisso dentro das práticas do modelo da JR, e principalmente no POD Socioeducativo;
- Tornar visível a prática do Círculos no cenário da Socioeducação, pretendendo com isso falar de programas que possam oferecer-se com experiências exitosas.

METODOLOGIA

Para construção do trabalho usou-se a prática de estágios e se Psicóloga voluntária realizada pela autora, onde a mesma teve oportunidade de atuar tanto na preparação como na atuação dos Círculos de Compromisso, bem como a consulta a autores de trabalhos sobre JR e ainda consulta ao Programa POD Socioeducativo.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

A prática dos Círculos nas instituições que trabalham com adolescentes em conflito com a lei se apresenta em diversos momentos: no pré- círculo, onde o adolescente, relata seus afetos à pessoas que poderão lhe ajudar no momento que sua MSE for extinta , ou que cumprirá uma medida em meio aberto, no círculo que é o momento que estas pessoas se reúnem para juntas organizarem possibilidades de ajuda ao adolescente, no pós- círculo, onde estas mesmas pessoas, voltam a se reunir para avaliar em que sentido estas ações estão



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

ajudando o adolescente, ou ainda propor novas possibilidades, no caso de insucesso das antigas ações propostas. Destes arranjos e combinações origina-se o Plano de atendimento individual do adolescente (PIA), que será o documento que assegurará que as ações propostas tornem-se efetivas.

A prática dos Círculos de Compromisso apontam para possibilidade de êxito em suas ações, uma vez que, por serem elas propostas e assumidas em conjunto, a responsabilidade por seus possíveis efeitos também passa a ser compartilhada. Neste sentido o Círculo de Compromisso pode contribuir como possível estratégia de enfrentamento e prevenção à violência, e ao egresso no retorno ao convívio em todos os âmbitos de sua vida. Entendo que a prática dos Círculos carreguem consigo os valores distintos da JR como respeito, honestidade, humildade, interconexão, responsabilidade, empoderamento e esperança, acredita-se que esta experiência representa a estes adolescentes uma grande possibilidade de exercício da sua condição de cidadania.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A execução dos Círculos de compromissos nas práticas do Sistema Socioeducativo ainda são bastante recente, portanto ainda é difícil se avaliar possíveis impactos e resultados. Acredita-se que ainda há um caminho de adequações a ser percorrido, principalmente no que diz respeito aos círculos ser fundamentado na JR, que é um modelo originado de outros países e ainda necessita de adequações à realidade do contexto brasileiro.

O POD Socioeducativo, onde as práticas dos círculos são bastante utilizadas, também é um programa bastante recente o que também dificulta a possibilidade de resultados mais significativos.

Considera-se, porém que as práticas de Círculos de Compromisso podem assegurar que as decisões tomadas e assumidas pelas pessoas envolvidas, ganhem maior possibilidade de êxito, uma vez que através da união das pessoas e dos esforços empregados as ações podem tornar-se mais efetivas.

Percebe-se ainda que a produção científica na área de JR, que fundamenta a execução dos Círculos de Compromisso, ainda é bastante escassa e grandemente direcionada a área do direito, o que também dificulta o diálogo entre as diversas áreas de estudo.



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

REFERÊNCIAS

- Aguinsky, B. & Capitão, L., C., D. (2008). *Violência e socioeducação: Uma interpelação ética a partir de contribuições da Justiça Restaurativa*. Revista Katálisis, vol. 11, no.2, p.257-264. Florianópolis. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rk/v11n2/11.pdf>. Acesso em maio de 2012.
- Costa, C. R. B. S. F. É. (2005) *É possível construir novos caminhos? Da necessidade de ampliação do olhar na busca de experiências bem-sucedidas no contexto socioeducativo*. Estudos e Pesquisas em Psicologia, UERJ, ano 5, n.2, Rio de Janeiro.
- Goncalves, H. S.; Garcia, J. (2007). *Juventude e sistema de direitos no Brasil*. Psicol. cienc. prof., , v. 27, n. 3, set. Brasília.
- Oliveira, C. S. de. (2001) *Sobrevivendo no inferno: a violência juvenil na contemporaneidade*. Porto Alegre, Sulina.
- Saraiva, J. B. C. (2002) *Direito penal juvenil: adolescente e ato infracional: garantias processuais e medidas socioeducativas*. Porto Alegre: Livraria do Advogado.
- Volpi, M. , (2006). *O adolescente e o ato infracional*. São Paulo: Cortez.



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

O acompanhamento de egressos do sistema socioeducativo

Caroline Silveira Rodrigues ¹

Jair Rodrigues Dutra ¹

¹ Centro Social Marista Santa Marta

O Programa POD Socioeducativo do Governo do Estado do Rio Grande do Sul celebrou convenio com a Sociedade Meridional de Educação – SOME, representada pelo Centro Social Marista Santa Marta em abril de 2010.

Os Centros Sociais existem com o objetivo de promover a inclusão social diminuindo as desigualdades sociais, educacionais e econômicas. Entre estes está a finalidade de que se fortaleçam os valores familiares, cristãos e éticos, resgatando a auto-estima dos atendidos, para que sejam protagonistas de sua própria história e construtores de uma nova sociedade. Os Centros Sociais estão inseridos em comunidades em situação de risco ou vulnerabilidade social para provocar processos de transformação individual ou local para melhora da qualidade de vida da comunidade através das atividades desenvolvidas criando novas formas de convivência solidária, marcada pela participação, pela autogestão fundada no conhecimento e na autonomia das pessoas.

Os Centros Sociais Maristas tem como premissa respeitar e integrar a Rede de Proteção a Criança e ao Adolescente em que está inserida, isto é, o movimento comunitário que a comunidade já percorria. Sendo fundamental o mapeamento dos espaços comunitários que a comunidade já percorria. Sendo fundamental o mapeamento dos espaços comunitários como associação de moradores, escolas públicas estaduais e municipais, clube de mães, creches comunitárias ou da rede própria, postos de saúde, centros de assistência social, centro de saúde, entre outros. Em relação ao município é fundamental o diálogo com os Conselhos Municipais dos Direitos da Criança e do Adolescente e com os Conselhos Municipais da Assistência Social para que possamos desenvolver um trabalho direto voltado às necessidades reais da população e expectativas do trabalho social a ser desenvolvidos.

Portanto a SOME integra-se ao Programa POD Socioeducativo, executando o eixo de apoio e acompanhamento dos egressos do Centro de Atendimento Sócio Educativo de



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Santa Maria, através de atendimento multidisciplinar, assistente social, pedagogo, psicólogo e educador social, aos adolescentes e do desenvolvimento de oficinas de sensibilização e cursos profissionalizantes.

Desde a presente data o convenio vem sendo realizado com sucesso, em agosto de 2010 foi disponibilizada mais cinco vagas para a inserção dos jovens, fazendo com que hoje a Regional Santa Maria passa se a possuir vinte cinco vagas para acolhimento e acompanhamento dos jovens egressos da FASE.

Os adolescentes do POD Socioeducativo são atendidos semanalmente, ou mais quando necessário, pelo serviço de psicologia. Sendo que cabe a este profissional prestar serviço dirigido preferencialmente aos adolescentes com dificuldades, bem como extensivo a suas famílias. Assim como realiza visitas domiciliares, atendimentos individuais, grupais e auxiliar no que diz respeito à elaboração do projeto de vida do adolescente junto com os demais técnicos.

Além das atividades desenvolvidas especificamente pela área da psicologia, são também elaborados relatórios, pareceres e sínteses informativas dos adolescentes, comparecimento em audiências, círculos de compromisso, pós-círculos, bem como planejamento e realização de oficinas de sensibilização realizadas nas instituições CASE e CASEMI -SM.

As intervenções realizadas junto aos adolescentes sempre são elaboradas pela equipe multidisciplinar do POD Socioeducativo e para concretizar grande parte dessas ações é necessário recorrer à rede de apoio de Santa Maria. Todos os adolescentes que já passaram ou estão fazendo parte do programa, em algum momento de suas vidas já usaram, ou ainda fazem uso de substâncias psicoativas, sendo assim nossa maior demanda de intervenção é no que diz respeito ao tratamento desses psicoataivos, para tanto tornasse essencial um trabalho em conjunto com uma rede eficiente, neste contexto a equipe do programa de Santa Maria enfrenta muitos obstáculos, pois dificilmente consegue articular a rede (hospital, conselho tutelar, CAPS, fazenda terapêutica, escolas, entre outros), sem a intervenção do juizado da infância.

Sendo assim temos casos em que conseguiu-se a internação em fazenda terapêutica, para o adolescente e hoje um jovem está obtendo grande aproveitamento em seu tratamento, com planos de continuar como estagiário no auxílio a outros dependentes que busquem este tipo de tratamento, este é um caso em que apesar da burocracia a rede foi



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

eficiente. Assim como temos exemplo de jovens que mesmo após um ano de acompanhamento no programa foi necessário intervir juntamente com o juizado para conseguir uma internação para o tratamento contra drogadição, este adolescente em questão passou um ano no programa RS (atual POD), apresentando muita vontade de mudança de atitude com relação à sociedade, porém por sua trajetória de vida ser muito marcante quanto a abandonos, o adolescente ao encontrar o apoio para esta mudança, não possuía suporte emocional o suficiente para persistir e muitas vezes recaía em atitudes errôneas, dessa forma em um ano este adolescente teve um crescimento significativo no que diz respeito a sua maturidade, porém esse mesmo período de um ano torna-se insuficiente para que o jovem possa realmente colocar em prática atitudes positivas para sua vida. Quanto a este adolescente, especificamente, mesmo após concluir o período de doze meses, o mesmo pediu para continuar fazendo parte do grupo de egressos, até que encontrasse algum emprego onde então passaria a se ocupar em tempo integral, mas ainda assim não foi o suficiente, pois após estar empregado, aos poucos foi afastando-se da equipe do POD e quando se deu por conta estava novamente envolvido com a criminalidade, este fato novamente mobilizou a equipe e o poder judiciário onde foi possibilitado uma internação em fazenda terapêutica, atualmente a equipe do POD acompanha o adolescente mensalmente por telefonemas e visitas.

Durante o ano de 2011 os atendimentos pedagógicos foram realizados semanalmente na sede do programa POD Socioeducativo e nas instituições de ensino onde os adolescentes estão inseridos através de visitas, emails, telefonemas, conversas, atividades de reforço e revisão, bem como seguidos de atendimento individual.

Sendo que os adolescentes que apresentam maior dificuldade na aprendizagem são atendidos com maior frequência quando se demonstra necessário, pois, estes são os mesmos que apresentam resistência em manter frequência na escola regular, necessitando sempre de acompanhamento, auxílio e estímulo. Porém, ainda é necessário que se busquem novas alternativas para que estes sintam-se motivados a frequentar a escola regular, entendendo a necessidade da aprendizagem para sua vida e também para facilitar seu ingresso no mercado de trabalho.

Além das atividades desenvolvidas pela profissional de pedagogia, são realizadas visitas domiciliares, atendimentos grupais e auxílio na elaboração do projeto de vida dos adolescentes junto aos demais técnicos do programa. Também, são elaborados relatórios,



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

pareceres e sínteses informativas dos adolescentes, comparecimento em audiências, círculos de compromisso, pós - círculo, bem como, participação de oficinas de sensibilização realizadas nas instituições CASE e CASEMI – SM.

Também, são realizados planejamentos e desenvolvimento de grupos de convivência com os adolescentes, envolvendo as áreas pedagógica, psicológica e serviço social uma vez por semana, contemplando os mais diversos assuntos e inquietações demonstradas pelos adolescentes, bem como, questões evidenciadas diariamente na sociedade e na mídia.

Durante estas atividades os adolescentes demonstram envolvimento e relatam várias situações que são revistas e trabalhadas posteriormente nos atendimentos individuais, bem como, demonstram resistência nos assuntos que requerem maior fragilidade perante os demais. Mas é nestes momentos que podemos reconhecer as qualidades e especificidades de cada adolescente e também o melhor método de criação de vínculo com este e como auxiliá-lo ou buscar auxílio na rede quando necessário.

As intervenções realizadas em sua grande maioria são discutidas e elaboradas juntamente com a equipe multidisciplinar do programa POD Socioeducativo, porém em alguns casos é necessário buscar o auxílio da rede de Santa Maria para que aja eficácia nas ações a partir de um trabalho conjunto, porém neste contexto a equipe do programa enfrenta alguns obstáculos, pois, dificilmente é possível articular a rede (hospital, conselho tutelar, CAPS, fazenda terapêutica, escolas entre outras), sem a intervenção do juizado da infância.

No entanto, durante as visitas escolares percebe-se um descaso muito grande por parte destas instituições, primeiro pela dificuldade de aceitação dos jovens egressos e posteriormente pela maneira como são desenvolvidas as práticas disciplinares, onde o que conta é a frequência do adolescente e não seu aproveitamento em sala de aula.

Sendo que, a dificuldade de inserção destes adolescentes a escola regular é maior ainda nas cidades pequenas e nos interiores, pois além de terem poucas escolas com EJA, assim alegam não ter vagas ou em alguns casos há uma única escola onde o adolescente cometeu o ato infracional, o que torna mais difícil ainda a inserção deste pelo preconceito da própria instituição e dos demais estudantes e familiares destes.

Contudo, buscamos encontrar a melhor forma de encaminhar este adolescente à rede de ensino, porém em alguns casos torna-se praticamente inviável, devido ao acesso



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

restrito com a rede. Porém, estamos sempre buscando novas estratégias e alternativas para que se possam sanar essas dificuldades, sendo que, durante ano através das dificuldades encontradas propomos o I Seminário de Socioeducação: Reconstruindo conceitos com o intuito de sensibilizar as instituições de ensino. Contamos com o apoio da FASE, do Juizado da infância de Santa Maria e com a Coordenadoria de Educação do Estado/RS e do Município de Santa Maria, que num primeiro momento colocou-se a disposição para participação e colaboração, porém obteve-se pouca participação destas instituições.

Com isto, permanece nossa angustia e batalha quanto à sensibilização das instituições de ensino para o acolhimento dos adolescentes egressos, em uma incessante busca na inserção destes no meio escolar com eficácia e frequência com bom aproveitamento na aprendizagem.

No decorrer do ano foram realizadas visitas domiciliares, para verificar e acompanhar a situação dos adolescentes e de seus familiares. Nestas visitas verificamos as informações dadas pelos adolescentes e familiares nos círculos de compromisso, acolhimentos e nos atendimentos semanais.

Acompanha-se e encaminha-se os mesmos para a inserção no mercado de trabalho, como também a frequência e aproveitamento escolares, juntamente com a pedagoga. Realiza-se contatos telefônicos semanalmente para verificar a atual situação dos adolescentes de outros municípios, como também visitas domiciliares mensais. Realizamos acompanhamento semanal através de grupos operativos dos adolescentes que estão frequentando os cursos profissionalizantes do POD Socioeducativo. Acompanhamento multidisciplinar dos adolescentes, visando à relação da rede socioassistencial de Santa Maria. Trabalhamos em contato diariamente com a rede de Santa Maria, que são conselhos tutelares, CAPS AD, CREAS, Juizado da infância e Juventude, Ministério Público, fazenda terapêutica dentre outros. Importante ressaltar que dentre os adolescentes fizemos o acompanhamento em especial de um adolescente neste último mês, devido seu retorno ao uso de substâncias psicoativas e com isso ocasionou a perda da guarda de sua filha, perda de seu emprego e ainda esse ficou sem seus documentos e sem nenhum móvel dentro de casa, desde o chuveiro este trocou por drogas. Importante destacar que a equipe deste programa fez o acompanhamento diário deste adolescente, devido o risco social que este se encontrava. Por não ter nada em sua residência o adolescente procurou abrigo na casa de sua sogra, que os acolheu, mas por motivos de estar com a guarda provisória da neta, esta



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

teve que sair de sua casa para que esse adolescente e sua filha morassem, assim sem colocar em risco a vida de sua neta. É necessário informar que este acompanhamento ainda continua, pois o adolescente ainda não foi internado para desintoxicação e como verificamos, este necessita de acompanhamento diário já que vem vivendo em situação de risco e vulnerabilidade social.

A equipe multidisciplinar também atuou e participou neste ano de diversos eventos, cursos e capacitações oferecidas pelo município, como também em Porto Alegre, destacando alguns deles: Capacitação Técnica no Atendimento a Crianças e Adolescentes em Situação de Exploração Sexual, Curso para Prevenção da Violência, Escola e o Judiciário, Políticas Sociais e o Estado, Jornada Estadual contra a violência e a exploração sexual de crianças e adolescentes.

Destaca-se o I Seminário de Socioeducação: reconstruindo conceitos que foi realizado pela equipe do programa juntamente com a FASE, o qual buscou destacar que a educação é a base da cidadania porque ela é ao mesmo tempo difusora e instrumento da possibilidade de construção de uma sociedade cujos direitos e deveres sejam de fato exercido por todos. O papel da educação é duplo: ela é disseminadora de uma consciência cidadã e ao mesmo tempo é instrumento de consolidação de uma verdadeira cidadania vivenciada nesse segundo papel. A educação precisa, necessariamente estar cumprindo seu papel de garantir oportunidades iguais a todos. É desejável que os estudantes de todos os níveis possam competir em igualdade de condições.

Por mais que seja importante ampliar a compreensão da exclusão e da reinserção enquanto fenômenos do sistema educacional, não se pode deixar de considerar que tais fenômenos constituem experiências que sujeitos específicos vivenciam em determinados momentos de sua vida. Desta maneira, muitas vezes o sistema escolar continua a ser pensado em uma lógica e uma estrutura interna que nem sempre tem facilidade de se abrir para a pluralidade de indicadores que vem da sociedade dos próprios alunos.

Para tanto, identificar a proposta da Justiça Restaurativa que é apresentada como uma possibilidade de avanço naquilo que preconiza o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), por instituir práticas socioeducativas democráticas articuladas à rede de atendimento das políticas públicas da infância e juventude, a fim de oportunizar assim co-responsabilidades nas intervenções institucionais, na perspectiva de um Sistema de



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Garantia de Direitos para adolescentes. Pois, com base nestes pressupostos é que propomos esta reflexão com o intuito de reconstruir conceitos.

Círculos de Compromisso

Os círculos de compromisso na Regional Santa Maria têm sido realizados quando a equipe da FASE solicita, ou seja, quando o jovem tem previsão de progressão de medida. No ano de 2011 os círculos em sua maioria foram marcados com pouco tempo de antecedência, sem a presença de integrantes da rede socioassistencial de Santa Maria, ou até mesmo sem a presença da família dos adolescentes, situação em que a equipe do programa tem recusado-se a realizá-los marcando para nova data.

Conforme planejado os cadastros deveriam ser entregues antes dos círculos compromisso, mas não vem ocorrendo. No fechamento do ano foi realizado uma pesquisa nos documentos de cada jovem, e foi observado que existe, dezesseis jovens sem o cadastro, mesmo após grande insistência da equipe em consegui-los.

Sabe-se que o círculo de compromisso é realizado na perspectiva restaurativa, pois apresenta-se como um encontro de atores onde a família, a comunidade e a rede atendimento colocam-se a disposição do adolescente no seu processo de inserção social, gerando viabilidades para o cumprimento do plano proposto. Diante disso, que enfatiza-se a aprimoração destes círculos, para que assim a eficácia dos princípios restaurativos possam contribuir no projeto de vida dos jovens.

Pesquisa do Perfil dos Jovens atendidos pelo Programa

Conforme planejado no termino de cada ano realiza-se um levantamento de dados de perfil de cada jovem que foi acolhido no programa. Durante o ano de 2011 passaram pelo programa cerca de quarenta jovens egressos da FASE/SM.

Foi observado que a idade dos jovens está mantendo-se entre os dezoito e vinte e um anos (86%). Dado que altera-se comparado ao ano anterior, o qual prevalecia adolescentes com menos de dezenove anos de idade.

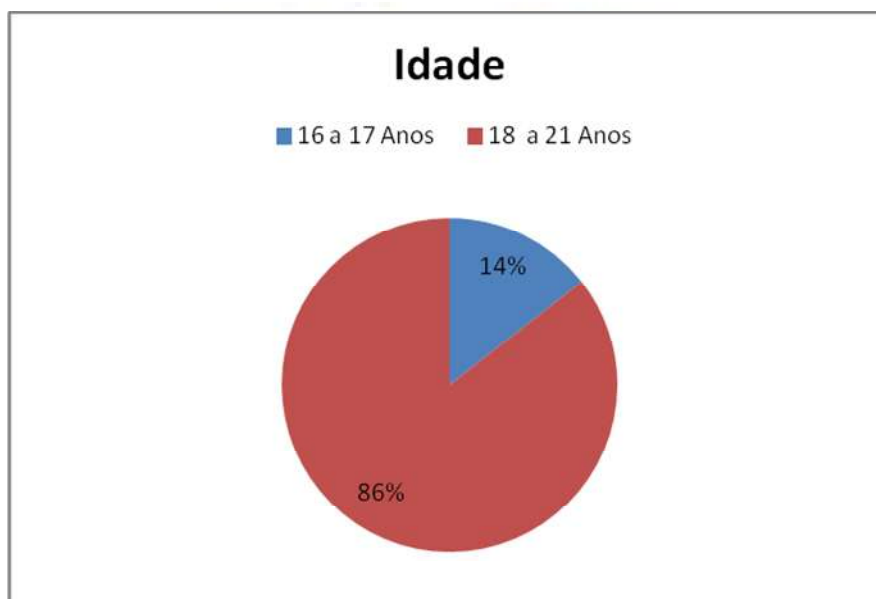
Acredita-se que o aumento das idades está relacionado com novos envolvimento em delitos, como também não o cumprimento das medidas socioeducativas em meio aberto, fato que chamou atenção no decorrer do ano, pois muitos jovens retornam para a medida em meio fechado por não cumprimento de liberdade assistida e prestação de serviço a comunidade.



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

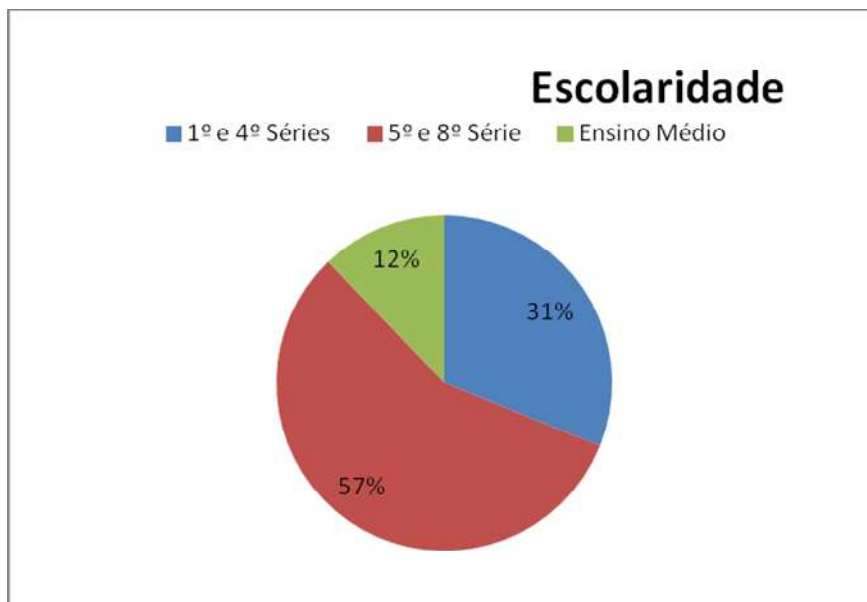
Diante disso, o Juizado da Infância e Juventude de Santa Maria tem encaminhado os jovens inserido no programa para cumprimento de medida de prestação de serviço a comunidade na Escola Marista Santa Marta, e nas instalações do programa, pois assim acredita-se que os mesmos responderam as exigências pelo fato de possuírem vínculo com a equipe, e estarem inseridos na localidade. Atualmente o programa possui dois jovens em cumprimento de medida, e a Escola um, os três realizam os cursos profissionalizantes do programa em turno inverso, como também os atendimentos e atividades desportivas.



No item da escolaridade os dados não se alteraram com os de 2010. Os jovens em sua maioria estão freqüentando o ensino fundamental da 5° a 8° Série, com cinquenta e sete por cento (57%). Observa-se que após acompanhamento no programa o aproveitamento escolar tem evoluído desde o ano anterior, mas o índice de 1° a 4° série ainda é alto (31%). Nestes casos a equipe vem intensificando os reforços e acompanhamentos escolares. Já os jovens do ensino médio estão tendo um bom aproveitamento. Salienta-se que no ano de 2011 foi aberto em Santa Maria um cursinho pré-vestibular, o qual foi idealizado pela Secretaria de Justiça e Direitos Humanos, mas infelizmente até o momento ainda não foi possível inserir os jovens por suas matrículas terem sido negadas, situação que está sendo resolvida juntamente com o secretário.



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

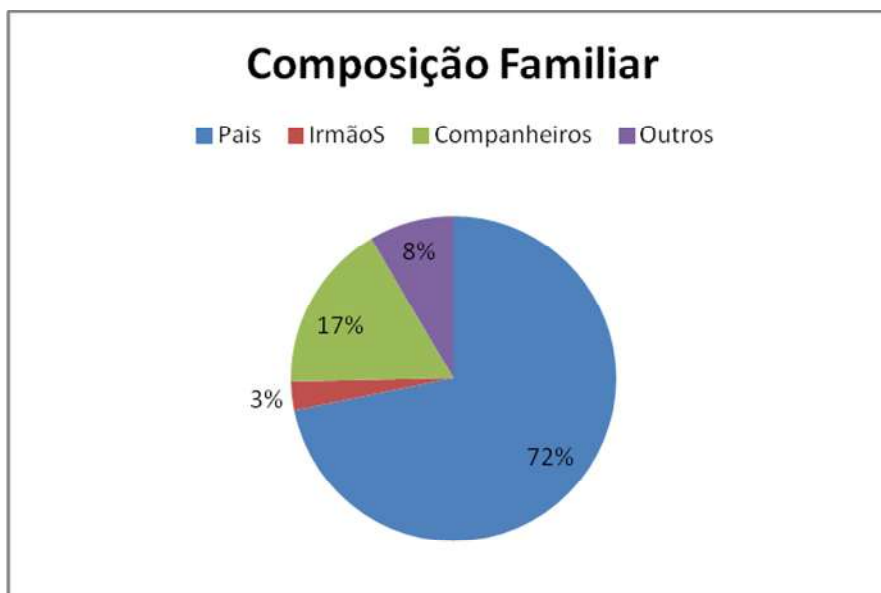


A composição familiar dos jovens pesquisados alterou-se em relação a 2010, quando possuímos um alto índice de jovens residindo em Albergues ou em moradias cedidas. No ano de 2011 prevaleceu a moradia em companhia dos pais (ou somente pai ou somente mãe), com setenta e dois por cento (72%), logo em seguida está os companheiros (a) com dezessete por cento (17%), e outros que seriam casas cedidas e amigos, com oito por cento (8%).

Acredita-se que o dado dos jovens que residem com os pais influencia nos demais resultados, pois observa-se, que quando os pais comprometem-se no resgate dos filhos a equipe obtém resultado mais curto e duradouro fazendo com que questão escolar evolua, como também o não envolvimento em novos delitos, fato que também pouco ocorreu neste ano.



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

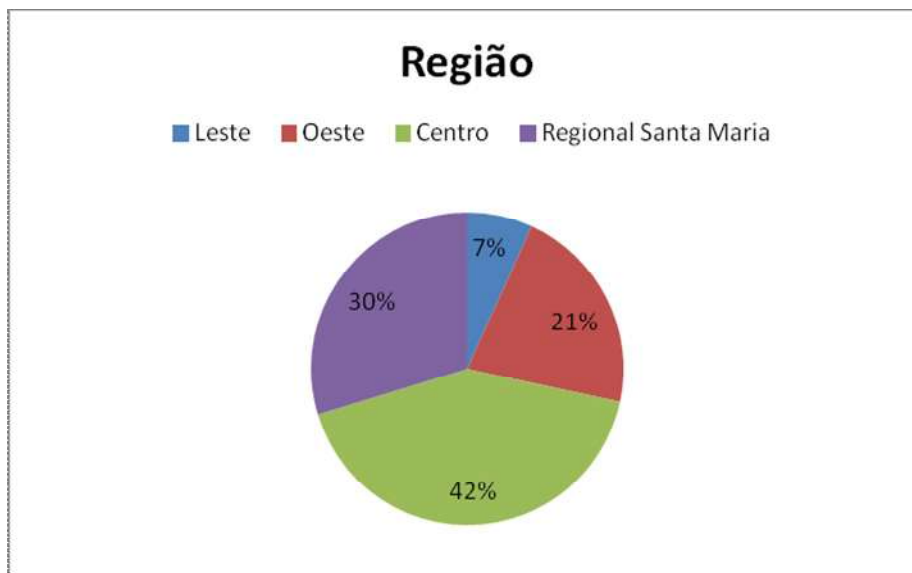


No item que envolve a região em que os adolescentes residem foi-se dividido pra o levantamento dos dados por regiões dos Conselhos Tutelares, estando em primeiro lugar a Região centro com quarenta e dois por cento (42%), a qual abrange mais bairros e vilas da cidade, logo após os jovens de outras municípios da Comarca de Santa Maria, tais como: Dom Pedrito, Cacequi, Tupanciretã e São Gabriel. No ano de 2011 foram acolhidos mais jovem de outras cidade em comparação ao ano anterior, com isso a equipe realiza visita nas cidades mensalmente e contato telefônico semanal. Nestes contatos a equipe viabiliza com a rede local atendimento para os jovens e suas famílias, solicitando atendimento social e psicológico, além de cursos profissionalizantes existentes na cidade. Ressalva-se o sucesso destes acompanhamentos, pois as redes socioassistenciais recebem e auxiliam a equipe do programa nos diversos encaminhamentos, e comprometem-se com as famílias dos adolescentes.

Em terceiro lugar está a região oeste, com vinte e um por cento (21%) onde se localiza a Escola Marista Santa Marta. A comunidade é reconhecida pelo alto índice de criminalidade e vulnerabilidade, mas devido ao programa estar situado na localidade é possível realizar visitas aos jovens frequentemente, como também receber informações de suas famílias, além de existir excelentes projetos e programas para prevenção da violência.



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”



1. Avaliação

Os desafios e avanços de trabalhar com adolescentes, um público que nos surpreende a cada dia, um público ao qual nos doamos e acima de tudo acreditamos na superação. Lutar contra a indiferença e preconceito não tem sido uma tarefa fácil, mas em nenhum momento pensamos em desistir, cada jovem acolhido é o momento de reafirmamos o compromisso de lutar por uma sociedade igualitária e justa, aonde cada adolescente possa ter o direito de ser respeitado.

O programa se renova novamente e se modifica para buscar o aprimoramento do trabalho prestado, e novamente contamos com o apoio e dedicação de cada um que contribuiu para o nosso sucesso no programa POD Socioeducativo. Sabemos que sem o apoio da rede socioassistencial de Santa Maria a atuação não seria efetivada em sua amplitude.

O Poder Judiciário, promotoria, defensoria pública, ministério público, CAPS, CREAS, conselhos tutelares tem sido grandes parceiros sempre estando disponíveis e próximos da equipe, auxiliando nas questões, tais como: internação para desintoxicação, fazenda terapêutica, tutela, guarda, denúncias, entre outros.

Estamos trabalhando no atendimento e profissionalização de cada adolescente e suas famílias, os quais nos confiaram seus projetos e planos de vida, permitindo-nos auxiliar, acompanhar e orientar.



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

O Centro Social Marista Santa Marta vem desempenhando seu papel na parceria deste programa com excelência, pois consegue articular-se, apoiar e aproximar os jovens da comunidade escolar, a direção e coordenações estão sempre disponíveis para auxiliar no bom desenvolvimento do programa e no acolhimento de cada jovem.

A coordenação geral do programa POD Socioeducativo sempre monitorou e acompanhou a equipe técnica de forma eficiente, como também participou e prestigiou cada conquista e celebração dos jovens, passando a fazer parte da realidade dos mesmos e do município.





III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

A internação de adolescentes em conflito com a lei

Jana Gonçalves Zappe ¹

Ana Cristina Garcia Dias ²

¹ Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)

² Universidade Federal de Santa Maria (UFSM)

Resumo

Este trabalho busca discutir sobre a internação de adolescentes em conflito com a lei, apresentando estudos sobre esta realidade e discutindo as dificuldades e possibilidades de superação destas. Realizamos um levantamento de estudos sobre a medida de internação realizados tanto em nível local quanto em nível nacional, salientando os principais resultados que permitem visualizar a realidade atual da situação de adolescentes em instituições privativas de liberdade. Uma revisão de estudos sobre a medida sócio-educativa de internação indicou que a realidade da internação no sistema socioeducativo tem sido alvo de críticas frequentes, principalmente devido à alta prevalência de experiências negativas. Cita-se uma pesquisa que identificou altos índices de reincidência infracional e criminal entre adolescentes que cumpriram a medida de internação, revelando a ineficácia desta medida em grande parte dos casos. Por fim, cita-se um estudo de casos múltiplos com adolescentes privados de liberdade revelou a existência de uma forte associação entre drogadição e delinquência, a presença de violência nas trajetórias de vida dos adolescentes e fragilidades nas relações familiares, resultados que sugerem a existência de dificuldades no processo de construção de identidade destes adolescentes. Trata-se de jovens em busca de referências para a construção de suas identidades e, assim, altamente susceptíveis à influência do outro, aspectos que devem ser melhor explorados no atendimento a estes casos. Neste sentido, acredita-se que é preciso superar as históricas práticas coercitivas e estigmatizantes que acarretam um distanciamento entre os socioeducadores e os jovens, o que acaba acrescentando ainda mais danos à vida dos jovens institucionalizados, além de enfatizar trabalhos familiares e comunitários nas intervenções com esta população, pois a rede social tem um papel fundamental na



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

compreensão, prevenção e tratamento de jovens autores de atos infracionais. Acredita-se que a implantação do programa de acompanhamento a egressos constitua-se como uma alternativa às dificuldades encontradas no contexto socioeducativo, assunto que será discutido nos trabalhos subsequentes.

Palavras-chave: Delinquência Juvenil, Defesa da Criança e do Adolescente, Adolescente Institucionalizado

INTRODUÇÃO E OBJETIVOS

A internação de adolescentes em conflito com a lei é uma das medidas previstas pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) (Brasil, 1990) para adolescentes que cometeram ato infracional. Em função do caráter de privação da liberdade, a internação deve ser aplicada apenas em situações de extrema gravidade, em que não há outra medida mais adequada ao caso, e ainda deve estar sujeita aos princípios de *brevidade* e *excepcionalidade*. Em função disso, ela tem sido considerada como a Unidade de Tratamento Intensivo (*UTI*) do Sistema Sócio-Educativo, pois oferece um atendimento específico e especializado aos casos mais complexos e graves ou agravados.

A partir do ECA (Brasil, 1990), os adolescentes em conflito com a lei passam a contar com as garantias processuais básicas do Direito Penal dos adultos, assunto amplamente discutido por Saraiva (2002). Este autor enfatiza que as medidas sócio-educativas possuem um duplo caráter, sendo ao mesmo tempo retributiva e sócio-educativa. Retributiva no sentido de constituir-se em uma sanção, uma resposta do Estado a quem transgrediu seus regulamentos; e educativa no sentido de possuir um objetivo nitidamente pedagógico e ressocializador, atuando principalmente visando a reestruturação do projeto de vida do adolescente que cometeu algum ato infracional.

No Brasil, em média, para cada 10.000 adolescentes entre 12 e 17 anos, 8,8 encontram-se privados ou restritos de liberdade, segundo dados da última edição do Levantamento Nacional do Atendimento Socioeducativo ao Adolescente em Conflito com a Lei (Brasil, 2010). Este levantamento indicou ainda que, em novembro de 2010, havia 17.703 adolescentes em restrição e privação de liberdade, sendo 12.041 em internação, 3.934 em internação provisória e 1.728 em medida de semiliberdade.



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

No contexto do atendimento socioeducativo, o Sistema Nacional Sócio-Educativo (SINASE), apresenta-se como uma política pública destinada à inclusão do adolescente em conflito com a lei, propondo um conjunto de princípios, regras e critérios de cunho jurídico, político, pedagógico, financeiro e administrativo que envolve todas as fases do processo sócio-educativo (desde a apuração do ato infracional até o cumprimento da medida socioeducativa). Prioriza a intersetorialidade, onde vários serviços devem se integrar e formar uma rede, agilizando a proteção e o exercício dos direitos de quem é encaminhado para o sistema. Os dados obtidos através do sistema devem ser transformados em informações que auxiliem em melhorias e desenvolvimento de futuros planos, políticas e ações, reduzindo a fragilidade e a exclusão social que muitos convivem, assim buscando minimizar as consequências para o indivíduo que está em desenvolvimento (Brasil, 2006a).

O trabalho socioeducativo é transversal, intersetorial, complexo e especializado, se efetiva através das ações de três esferas de governo e deve facilitar a inserção sócio-cultural dos adolescentes (Brasil, 2010). Neste contexto, um dos maiores desafios a ser enfrentado pelo sistema sócio-educativo consiste na tarefa de reconstrução do projeto de vida do adolescente em conflito com a lei. Para isto, é necessário oferecer oportunidades e garantir direitos tanto durante o cumprimento da medida sócio-educativa quando após o desligamento institucional. Nosso trabalho busca discutir sobre a internação de adolescentes em conflito com a lei, apresentando estudos sobre esta realidade e discutindo as dificuldades e possibilidades de superação destas.

MÉTODO

Realizamos um levantamento de estudos sobre a medida de internação realizados tanto em nível local quanto em nível nacional, salientando os principais resultados que permitem visualizar a realidade atual da situação de adolescentes em instituições privativas de liberdade. A partir disso, identificamos as principais dificuldades enfrentadas pelas instituições de internação e discutimos sobre as possibilidades de superação destas, justificando a necessidade de efetivação do programa de acompanhamento a egressos da internação como forma de superar as dificuldades identificadas.



RESULTADOS E DISCUSSÃO

A realidade da internação no sistema socioeducativo tem sido alvo de críticas freqüentes, as quais se direcionam a diferentes aspectos da execução das medidas privativas de liberdade. Segundo Costa (2006), atualmente contamos com um sistema que, além de privar os adolescentes de sua liberdade, acaba privando-os de outros direitos como ao respeito, à dignidade, à privacidade, à identidade e à integridade física, psicológica e moral. Oliveira (2003) aponta que ainda é um grande desafio introduzir neste sistema o reconhecimento de que, ainda que tenha violado direitos de outrem, o adolescente permanece sendo sujeito de direitos, não podendo ser privado de nenhum outro direito a não ser aquele objeto de decisão judicial. Uma consequência imediata dessa realidade é a ocorrência constante de revoltas, rebeliões, motins, levantes e principalmente os grandes índices de reincidência dos adolescentes institucionalizados. Estes fatos apontam para o fracasso do sistema que na prática ainda não consegue efetivar a garantia de direitos prevista nos textos legais.

Com relação a isso, Costa (2005) salienta que a prevalência de experiências negativas, aliada à lacuna de experiências exitosas nesse contexto, tende a reforçar concepções que vinculam ao comportamento infracional um alto padrão de repetição e estabilidade, sugerindo que os sujeitos enredados nas tramas da prática infracional tenderão a continuar protagonizando infrações e crimes. Desta forma, pode-se compreender que o próprio sistema acaba promovendo a repetição e a reincidência.

Oliveira e Assis (1999), em um estudo exploratório composto por uma abordagem mista, realizado em três instituições responsáveis pela custódia judicial de adolescentes em conflito com a lei, demonstraram os efeitos danosos da vida imposta a estes jovens pelas próprias instituições de custódia. Entre estes efeitos danosos, cita-se o distanciamento do adolescente de sua família, provocado ou intensificado pela institucionalização, e a precariedade dos recursos humanos institucionais, que reduz a qualidade do atendimento e reproduz uma relação marcada pelo distanciamento. As instituições de custódia não encaravam o atendimento aos jovens como uma prioridade, funcionando superlotadas, inapropriadas para a socialização, desumanas e descumprindo o ECA, acrescentando ainda mais danos à trajetória destes jovens.



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Uma parceria entre o Conselho Federal de Psicologia (CFP) e o Conselho Federal da Ordem dos Advogados do Brasil (OAB) resultou na realização de uma inspeção nacional às unidades de internação de adolescentes em conflito com a lei, com visitas simultâneas em 22 estados brasileiros (Brasil, 2006b). O relatório desta visita apontou que várias unidades encontravam-se superlotadas, apresentando instalações físicas precárias, ausência ou irregularidades de atendimento jurídico e de saúde, oferta irregular de escolarização e profissionalização, além das graves denúncias de espancamentos e maus-tratos físicos e psicológicos. Houve, inclusive, a sugestão de imediata desativação de uma unidade, localizada em São Paulo, dada a gravidade das situações verificadas durante a visita (Brasil, 2006b).

A superlotação e a precariedade da estrutura física das unidades de internação também são apontadas no estudo de Oliveira (2001, p. 170), que entende que isso contribui para a fragilização do trabalho socioeducativo, acarretando uma série de dificuldades: “enfraquecimento do vínculo, formação de grupos rivais e acirramento das rixas, progressão do comprometimento institucional através da mistura de perfis entre adolescentes em uma mesma unidade, comprometimento do zelo pela integridade física e psicológica dos adolescentes, comprometimento do atendimento técnico, degradação das condições de trabalho (...), estimulação do desrespeito aos funcionários e ao seu papel na medida socioeducativa, deslocamento do trabalho com ênfase na educação (reinserção social) para o trabalho com ênfase na segurança”, configurando-se uma situação de “depósito de adolescentes infratores”.

A presença de maus-tratos nestas instituições também é apontada na pesquisa de Oliveira (2001). A autora descreve que, na FEBEM/RS, os adolescentes costumavam receber cacetadas, e os canos ou tacos utilizados para as agressões portavam inscrições, tais como “diploma pra ladrão”, “direitos humanos”, “sossega leão”, “vem cá neném”, “ECA”, assim como nomes de alguns militantes pelos direitos humanos. Esta situação parece bastante significativa do quanto a realidade está distante do que é preconizado pela atual legislação em termos de proteção integral e direitos humanos.

Além da existência de maus-tratos físicos, a pesquisa realizada por Oliveira (2001) revelou a existência de posturas e comportamentos preconceituosos de funcionários com relação aos adolescentes institucionalizados, o que se caracteriza como uma violência psicológica. A autora cita como exemplo desta situação o fato de que os funcionários



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

afirmam comumente que trabalham com o “lixo social”. Neste sentido, a instituição se configura como um local de sofrimento e amargura, onde o intuito é que o castigo sirva como pagamento por um passado repleto de erros e, assim, se reproduz a percepção histórica do sistema prisional.

Do ponto de vista da estruturação das instituições de internação, Oliveira (2001) afirma que, assim como as condições propiciadas aos adolescentes são muito precárias em relação ao que determina o ECA, as condições de trabalho proporcionadas aos funcionários também são bastante desfavoráveis. Estes não possuem um plano de carreira ou formação adequada, a jornada de trabalho é extremamente desgastante, inexitem espaços apropriados para refeições e outras atividades. Num sentido mais amplo, considera-se o estresse de quem coloca a vida em risco, e ainda o estigma relacionado ao desempenho destes funcionários, que freqüentemente são desrespeitados ao receber qualificações como “incompetentes” e “violentos”, por exemplo. Em virtude disso, torna-se um entrave para os funcionários trabalhar a partir da valorização da resiliência dos internos, justamente porque a própria instituição se descobre, na cena social, desamparada. Neste sentido, a experiência institucional de internos e funcionários caracteriza-se por um intenso abandono (Oliveira, 2001), o que reproduz o descaso da sociedade com estes casos, que tende a querer eliminá-los do convívio (Gonçalves & Garcia, 2007; Oliveira & Assis, 1999).

O Levantamento Nacional do Atendimento Socioeducativo ao Adolescente em Conflito com a Lei apresenta um relato atualizado de que estes problemas persistem em uma realidade marcada por situações flagrantes de desrespeito aos pressupostos legais do ECA, por violação dos direitos humanos, ameaças à integridade física dos adolescentes, violência psicológica, maus tratos e tortura, passando por situações de insalubridade, negligência em questões relacionadas à saúde e o comprometimento dos direitos processuais com internação provisória que excedem em muito os 45 dias, ausência de Defensorias Públicas e de Núcleos Especializados da Infância e Juventude, cumprimento de medidas em celas de delegacia, falta de acesso à justiça dos adolescentes privados de liberdade e carência pedagógica nas ações desenvolvidas dentro das unidades socioeducativas (Brasil, 2010).

Oliveira (2003) apresenta uma discussão sobre as dificuldades do sistema socioeducativo a partir do estudo de um caso bastante revelador dos danos que a institucionalização pode causar à vida do jovem. A partir do discurso da autoridade judicial



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

que recebeu o adolescente que cometeu um ato infracional, o jovem entendeu que iria para um lugar onde não iria cumprir pena, mas se reeducar, se tratar. Discurso que logo foi questionado a partir da prática cotidiana das instituições que recebem adolescentes privados de liberdade. Ao chegar na Instituição, o jovem tomou contato com agentes que o aterrorizaram dizendo que seu lugar deveria ser uma vala, devendo apanhar e sorrir para não apanhar muito mais. Ao cumprir a medida socioeducativa, o jovem garante: tudo o que aprendeu com isso foi a não sonhar, revelando uma grave situação de desesperança e os efeitos danosos causados em sua vida. Este relato demonstra que há um sério descompasso entre o discurso jurídico, sintonizado com o ECA, e a prática institucional, que reproduz uma política carcerária, punitiva e violadora de direitos, em total descompasso com o ECA.

Soares (2000) é enfático ao afirmar que todos sabemos que o sistema de internação é falido desde o seu nascimento. A cadeia pode ser considerada como uma sociedade dentro de outra sociedade, com regras e leis próprias. Utilizando este conceito, veremos que há mais que correlação entre prisão e internação, entre pena e medida socioeducativa, de forma que a privação de liberdade por si só causa transtorno indeletável ao comportamento de qualquer ser.

Com o objetivo geral de identificar se a medida sócio-educativa de internação tem sido eficaz no sentido de oportunizar a reconstrução do projeto de vida do adolescente, foi realizada uma pesquisa que visou identificar os índices de reincidência infracional e criminal após o cumprimento da internação. Do total dos jovens pesquisados, apenas 36% possuía apenas um ingresso na instituição e 52,9% haviam sido presos até março de 2008. Este percentual revela a ineficácia da internação nestes casos, a qual pode estar relacionada com a gravidade dos casos, com os problemas e dificuldades historicamente identificados nestas instituições de assistência e com a própria natureza do trabalho que é realizado (Zappe & Dias, 2011).

Com o objetivo de investigar como a violência e a prática de atos infracionais participam dos processos de identificação e construção da identidade do adolescente autor de atos infracionais no contexto contemporâneo, foi realizado um estudo de casos múltiplos priorizando-se a fala dos próprios adolescentes a esse respeito. Para isso, buscou-se entender como eles dizem quem são, ou seja, como se apresentam ao outro e como percebem a prática de atos infracionais em suas vidas. Os resultados indicaram que o uso



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

de drogas, a presença de violência nas trajetórias de vida dos adolescente e a existência de fragilidades nas relações familiares estão relacionados com a prática de atos infracionais. Acredita-se que estes aspectos indicam a existência de dificuldades no processo de construção de identidade destes adolescentes, que encontram-se em busca de referências em um quadro de precariedade familiar e social. Assim, ressalta-se a vulnerabilidade presente nestes casos e a necessidade de ofertar referências significativas, materializadas em oportunidades de inserção social (Zappe, 2011).

CONCLUSÃO

Em conclusão, salienta-se que os trabalhos apresentados permitem visualizar a presença de um certo descompasso entre a estruturação da medida de internação e as necessidades dos adolescentes em conflito com a lei, o que resulta em dificuldades do sistema socioeducativo para ser eficaz na reconstrução dos projetos de vida de adolescentes que cometem atos infracionais.

A realidade da internação no sistema socioeducativo tem sido alvo de críticas frequentes, principalmente devido à alta prevalência de experiências negativas, aliada à lacuna de experiências exitosas nesse contexto. Os adolescentes em conflito com a lei apresentam dificuldades no processo de construção de identidade, caracterizadas pela falta de um quadro de referência como suporte ao desenvolvimento. Trata-se de jovens em busca de referências para a construção de suas identidades e, assim, altamente susceptíveis à influência do outro, aspectos que devem ser melhor explorados no atendimento a estes casos. Neste sentido, acredita-se que é preciso superar as históricas práticas coercitivas e estigmatizantes que acarretam um distanciamento entre os socioeducadores e os jovens, o que acaba acrescentando ainda mais danos à vida dos jovens institucionalizados, além de enfatizar trabalhos familiares e comunitários nas intervenções com esta população, pois a rede social tem um papel fundamental na compreensão, prevenção e tratamento de jovens autores de atos infracionais.

Por fim, acredita-se que a implantação do programa de acompanhamento a egressos constitua-se como uma alternativa às dificuldades encontradas no contexto socioeducativo, assunto que será discutido nos trabalhos subsequentes desta mesa-redonda.



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

REFERÊNCIAS

- Brasil (1990). *Estatuto da Criança e do Adolescente*. Lei nº 8069, de 13 de julho de 1990. Brasília – DF.
- Brasil. Presidência da República. Secretaria Especial dos Direitos Humanos. Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (2006a). *Sistema Nacional De Atendimento Socioeducativo – SINASE*. Brasília-DF: CONANDA.
- Brasil (2006b). *Direitos Humanos: um retrato das unidades de internação de adolescentes em conflito com a lei*. Brasília-DF: Conselho Federal de Psicologia.
- Brasil. Secretaria de Direitos Humanos (2010). *Levantamento nacional do atendimento socioeducativo ao adolescente em conflito com a lei*. Brasília: Secretaria dos Direitos Humanos.
- Costa, C.R.B.S.F. (2005). É possível construir novos caminhos? Da necessidade de ampliação do olhar na busca de experiências bem-sucedidas no contexto sócio-educativo. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 5(2), 79-95.
- Costa, A. C. G. da. (2006). *Os regimes de atendimento no Estatuto da Criança e do Adolescente: perspectivas e desafios*. Brasília/DF: Secretaria Especial de Direitos Humanos.
- Goncalves, H. S. & Garcia, J. (2007). Juventude e sistema de direitos no Brasil. *Psicologia, ciência e profissão*, 27(3).
- Oliveira, M. B. & Assis, S. G. (1999). Os adolescentes infratores do Rio de Janeiro e as instituições que os “ressocializam”. A perpetuação do descaso. *Cadernos de Saúde Pública*, 15(4), 831-844.
- Oliveira, C. S. de. (2001). *Sobrevivendo no inferno: a violência juvenil na contemporaneidade*. Porto Alegre, Sulina.
- Oliveira, E. R. (2003). Ensinando a não sonhar: a anti-pedagogia oficial destinada a adolescentes infratores no Rio de Janeiro. *Katalysis*, 6(1), 85-95.
- Saraiva, J. B. C. (2002). *Adolescente e ato infracional: garantias processuais e medidas socioeducativas*. Porto Alegre: Livraria do Advogado.
- Soares, J. J. B. S. (2000). O Sistema Socioeducativo no âmbito do estado do Rio de Janeiro: panorama atual e perspectivas. In: Brito, L. M. T. (Coord.).



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Responsabilidades: ações socioeducativas e políticas públicas para a infância e juventude no Rio de Janeiro: EdUERJ.

Zappe, J. G. & Dias, A. C. G. (2011). Grades não prendem pensamentos: limites da institucionalização na reconstrução do projeto de vida do adolescente. *Psico*, 42(2), 220-227.

Zappe, J. G. (2011). Adolescência, ato infracional e porcessos de identificação: um estudo de caso com adolescentes privados de liberdade. *Dissertação de Mestrado*, Universidade Federal de Santa Maria.





III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Desafios para o primogênito, para a mãe e para os irmãos decorrentes da gestação e nascimento de um segundo filho

Débora Silva de Oliveira ¹

Aline Groff Vivian ²

Caroline Rubin Rossato Pereira ³

Rita de Cássia Sobreira Lopes ⁴

Cesar Augusto Piccinini ⁴

¹ Complexo de Ensino Superior de Cachoeirinha (CESUCA) e
Fundação Escola Superior do Ministério Público (FMP)

² Universidade Luterana do Brasil (ULBRA – Canoas)

³ Universidade Federal de Santa Maria (UFSM)

⁴ Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)

⁴ UFRGS – Universidade Federal do Rio Grande do Sul

No contexto do nascimento de um segundo filho, a tensão familiar tende a aumentar, exigindo reformulações de papéis e regras de funcionamento, acarretando implicações emocionais para o primogênito, o irmão e seus pais. Assim, serão apresentados resultados de pesquisas acerca desta temática. O primeiro estudo discutiu os indicadores de regressão e os de crescimento do primogênito no processo de tornar-se um irmão. Destacou-se a regressão do primogênito durante a gestação do irmão, enquanto que após o nascimento, aos doze e aos vinte e quatro meses, observou-se incremento de indicadores de crescimento, ainda que a regressão tenha se mantido. Percebeu-se que a regressão do primogênito foi uma forma de enfrentar a chegada do irmão, enquanto que o crescimento revelou capacidade para conquistas ou custos de assumir papel de irmão mais velho. Tanto as manifestações regressivas quanto as de crescimento oportunizaram um ir e vir saudável e um amadurecimento rumo à independência do primogênito. No que se refere à maternidade de dois filhos, também surgem novos desafios. Desta forma, o segundo estudo objetivou compreender o processo de tornar-se mãe de um segundo filho. Os resultados apontaram que mesmo com o respaldo da experiência anterior, a ideia que o segundo seria



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

“mais fácil” foi sendo revista. A criação gradativa de espaço para mais uma criança constituiu-se num desafio que se deu paralelo ao desenvolvimento rumo à independência do segundo filho. As mães recorreram a comparações entre os filhos, antes de poderem identificar e aceitar a singularidade de cada um. Além disso, a relação com a própria mãe passou por uma reorganização, enquanto a relação com o marido foi marcada pelo apoio, em especial, nos cuidados do primogênito. Por fim, o terceiro estudo investigou como se manifesta e como se desenvolve a rivalidade fraterna ao longo dos dois anos iniciais da relação. A análise indicou que no período inicial após o nascimento do irmão, a rivalidade fraterna se manifestou prioritariamente através do ciúme do primogênito em relação aos progenitores. Conforme o segundo filho passou a apresentar maior capacidade motora e de comunicação, a rivalidade passou a se expressar também através das competições e disputas diretas entre os irmãos. Os achados desses estudos qualitativos destacam-se no âmbito da pesquisa e da clínica, visto que identificar e compreender o contexto do nascimento do segundo filho e suas implicações para os diferentes membros envolvidos favorece e oportuniza o processo de crescimento e transformação da família como um todo.

Palavras-chave: Primogênito; Maternidade de dois filhos; Relacionamento fraterno

No contexto do nascimento de um segundo filho, a tensão familiar tende a aumentar, exigindo reformulações de papéis e regras de funcionamento, acarretando implicações emocionais para o primogênito, o irmão e seus pais. Assim, serão apresentados resultados de pesquisas acerca desta temática. O primeiro estudo discutiu os indicadores de regressão e os de crescimento do primogênito no processo de tornar-se um irmão. Foi realizado estudo de caso coletivo, do qual participaram três primogênitos e seus respectivos genitores, em três momentos de análise dos dados (no terceiro trimestre de gestação, aos doze e aos vinte e quatro meses do bebê). Os participantes pertenciam à amostra de um projeto longitudinal maior. Com as crianças, foi aplicado um teste projetivo e as mães e os pais responderam, separadamente, a entrevistas semi-dirigidas. Análise de conteúdo revelou um predomínio de indicadores de regressão do primogênito no período gestacional, tanto a partir do ponto de vista da criança quanto da mãe e do pai. Aos vinte e quatro meses, o teste projetivo revelou indicadores tanto de regressão quanto de



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

crescimento, enquanto para os genitores continuou predominando a regressão. No que tange aos sentimentos maternos e paternos, percebeu-se culpa, preocupação e receio provocados pela regressão do primogênito, durante a gestação e aos vinte e quatro meses. Os genitores parecem ter acolhido mais facilmente a regressão durante a gestação. Ainda que tenham acolhido a regressão aos doze e aos vinte e quatro meses, também estimularam comportamento “de adulto” no primogênito. Aos vinte e quatro meses, predominaram estresse, cansaço, incômodo, impaciência frente à regressão, e orgulho, contentamento e surpresa diante do crescimento. Os resultados revelaram que a regressão foi um meio que o primogênito encontrou para enfrentar o contexto de chegada de um irmão, enquanto que o crescimento revelou a capacidade para novas conquistas ou ainda os custos de assumir novas responsabilidades e o papel de filho mais velho. Assim, tanto as manifestações regressivas quanto as de crescimento oportunizaram um ir e vir saudável e a possibilidade de amadurecimento ou de desenvolvimento rumo à independência. As implicações desses achados que envolvem o processo de tornar-se irmão são destacadas no âmbito da pesquisa e clínico.

No que se refere à maternidade de dois filhos, também surgem novos desafios. As mudanças e adaptações decorrentes da gestação, nascimento e crescimento de um novo bebê, em especial, nos dois primeiros anos de vida, também contribuem para o amadurecimento emocional dos membros familiares. Com o objetivo de compreender o processo de tornar-se mãe de um segundo filho, quatro mães, que residiam com o marido e tinham idades entre 33 e 34 anos, foram entrevistadas no terceiro trimestre de gestação, aos 6, aos 12 e aos 24 meses de vida do segundo filho. Buscou-se compreender ainda o impacto do “complexo fraterno” nesse processo. Os resultados foram analisados qualitativamente, apontando-se para as impressões sobre o tornar-se mãe de um segundo filho, expectativas e relação com o segundo filho, relação com a própria mãe e relação com o marido. Destacaram-se as mudanças ao longo do processo de tornar-se mãe de um segundo filho, que acompanharam o amadurecimento tanto da criança quanto da própria mãe. Mesmo com o respaldo da experiência anterior, a ideia que o segundo seria “mais fácil” foi sendo revista, ao longo do tempo. A criação gradativa de espaço para mais uma criança constituiu-se num desafio que se deu paralelo ao desenvolvimento rumo à independência do segundo filho. As mães recorreram a muitas comparações entre os filhos, antes de poderem identificar e aceitar a singularidade de cada um. Além disso, a relação



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

com a própria mãe passou por uma reorganização com a chegada do segundo filho, em que a aproximação entre ambas, possibilitou uma reavaliação do modelo materno e da própria identidade das participantes. A relação com o marido foi marcada pelo apoio, em especial, nos cuidados do primogênito. Por fim, o “complexo fraterno” revelou-se como um importante conceito para se compreender de forma integrada os processos evolutivos presentes no tornar-se mãe de um segundo filho.

Por fim, o terceiro estudo investigou como se manifesta e como se desenvolve a rivalidade fraterna ao longo dos dois anos iniciais da relação. Deste modo examinou-se a rivalidade fraterna desde a gestação até os 24 meses de vida do segundo filho em famílias com um primogênito em idade pré-escolar, a partir da perspectiva dos progenitores. De modo especial, buscou-se compreender como se manifesta e como se desenvolve a rivalidade fraterna ao longo dos 2 anos iniciais da relação. Para tanto, através de um estudo de caso coletivo, 4 casais de progenitores de famílias com dois filhos responderam separadamente a entrevistas semidirigidas, em 4 momentos de coleta de dados (3º trimestre de gestação, aos 3, 6, 12 e 24 meses de vida do segundo filho). A análise de conteúdo qualitativa indicou que no período inicial após o nascimento do irmão, a rivalidade fraterna se manifestou prioritariamente através do ciúme do primogênito em relação aos progenitores. Conforme o segundo filho passou a apresentar maior capacidade motora e de comunicação, essa passou a se expressar também através das competições e das disputas diretas entre os irmãos. Além disso, os dados indicaram uma possível interação do relacionamento parental com o surgimento do ciúme do primogênito em relação aos progenitores com o irmão.

Estes achados apontam para uma compreensão da rivalidade fraterna como constitutiva do relacionamento fraterno, imersa no processo de crescimento e transformação da família como um todo. Contudo, a especificidade do ciúme, ou seja, seu destinatário, sua intensidade, o modo como este irá oscilar, estaria possivelmente relacionada às características do relacionamento parental usufruído em cada arranjo familiar ao longo deste período. Com isso, destaca-se a necessidade de se considerar o relacionamento usufruído pela criança com os progenitores, a fim de se compreender o ciúme entre os irmãos.

Ao analisar o desenvolvimento do ciúme ao longo do período investigado e sua interconexão com o relacionamento parental, destaca-se a relevância do papel de ambos os



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

progenitores, tanto a mãe quanto o pai, para o equilíbrio do sistema familiar como um todo. Embora pouco lembrado e pouco considerado nas pesquisas em Psicologia, o pai possuiria um papel fundamental para o equilíbrio da distribuição da atenção e do cuidado entre os filhos no contexto investigado. Especialmente no primeiro ano após o nascimento do segundo filho, o papel do pai seria crucial como fonte alternativa de apego para o primogênito, uma vez que a mãe precisa dedicar-se intensamente ao bebê recém-chegado. Com isso, sugere-se a importância de que, além da mãe, o sistema familiar possa contar com outras figuras de apoio disponíveis no período de transição para a chegada do segundo filho. As famílias investigadas referiam-se a famílias intactas, contudo, acredita-se que este papel possa ser desempenhado por outras pessoas quando o pai não estiver disponível.

Os achados desses estudos qualitativos destacam-se no âmbito da pesquisa e da clínica, visto que identificar e compreender o contexto do nascimento do segundo filho e suas implicações para os diferentes membros envolvidos favorece e oportuniza o processo de crescimento e transformação da família como um todo. A gestação e o nascimento de mais um bebê são eventos marcantes no ciclo de vida familiar, implicando em mudanças em cada um dos membros da família, assim como nas relações estabelecidas entre eles. Envolvem tarefas complexas e desafios, especialmente para a mãe. A experiência da maternidade traz um conjunto de transformações afetivas e psíquicas, tratando-se de um processo contínuo, que dura a vida toda, sendo que cada novo filho irá reavivá-lo (Lamour & Barraco, 1998).

No contexto de chegada de um segundo filho, a maternidade envolve um desafio particular, qual seja o de acolher o primogênito no processo de se tornar irmão e também o filho mais novo que precisa se inserir no cotidiano de uma família com relações estabelecidas antes de sua chegada. O primogênito pode apresentar uma variedade de reações e de mudanças de comportamento, já desde o período gestacional (Oliveira & Lopes, 2008). As implicações são muito variadas e complexas e dependem tanto dos genitores quanto do primogênito (Dessen, 1997; Dessen & Mettel, 1984; Dunn & Kendrick, 1980; Oliveira & Lopes, 2008). Os comportamentos regressivos, de dependência, são esperados e representam um desafio para a mãe (Oliveira & Lopes, 2008). Na verdade, como constatado em estudo observacional no contexto de ultrassonografias obstétricas (Caron, Fonseca & Lopes, 2008; Caron & Lopes, 2009), a presença de um bebê propicia uma experiência de regressão em todos os membros



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

familiares, uma revivência de estados primitivos de desamparo. As diferentes etapas evolutivas repercutem em cada membro familiar (Kreppner et al., 1982), o que se constitui em grande desafio e oportunidade de amadurecimento para cada um.

Apesar de tudo que foi apontado, parece haver um mito de que o segundo filho seria mais fácil que o primeiro, uma vez que a mãe já teria inaugurado a experiência da maternidade com o primogênito. O presente trabalho retrata uma realidade diferente, com tarefas e dificuldades específicas que vão desde a criação de um espaço para incluir mais um filho na família, a ter que lidar com as necessidades do primogênito e com as diferentes demandas decorrentes das mudanças que um novo bebê traz consigo neste momento de transição, até manejar o desafio de ser mãe de dois filhos, chamando a atenção dos pesquisadores para a necessidade de novas investigações nesta área. Há que se lembrar também que assim como cada filho é único, a mãe é única com cada filho (Winnicott, 1987), o que se constitui em um desafio em si mesmo para os estudos sobre maternidade.

Para concluir, cabe lembrar que cada gravidez evoca para a mãe a sua própria história. E de um filho para o outro, a mulher aprende um pouco mais sobre si mesma e a maternidade (Szejer, 2002). Por isso, torna-se importante resgatarmos a noção de maternidade como uma etapa crucial no processo de desenvolvimento emocional, na vida adulta, que traz consigo a possibilidade de amadurecimento, de elaborar conflitos e tarefas específicas da infância e depois da adolescência (Colarusso, 1990; Lopes, Caron, Thormann & Ribas, 2009).



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

**Implicações e desafios da formação em Psicologia para a prática no Centro de
Referência de Assistência Social (CRAS)**

Bruna Osório ¹

¹ Universidade Federal de Santa Maria (UFSM)

Resumo

Será proposto a apresentação de um recorte de uma pesquisa que teve como objetivo analisar a inserção e a prática profissional dos Psicólogos que atuam no campo das Políticas Sociais Públicas, na área da Assistência Social, no Centro de Referência de Assistência Social (CRAS). Este estudo foi realizado em 03 CRASs e contou com a participação de 05 profissionais da Psicologia que atuam nesse serviço, de uma cidade da Região Central do Estado do Rio Grande do Sul. Na referente apresentação, propõe-se discutir a formação do Psicólogo enquanto graduação e possíveis efeitos da grade curricular na sua prática profissional na referente instituição. Os CRASs incorporam o trabalho de muitos psicólogos que, em conjunto com outros profissionais, destacadamente assistentes sociais, enfrentam o desafio de construir uma intervenção de transformação no contexto, na direção de promover melhores condições de vida. Na qual, o psicólogo passou a integrar as equipes de trabalhadores do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e vem contribuindo para que o CRAS cumpra seus objetivos dentro da Política de Assistência Social (CFP, 2007).

Palavras-chave: Formação em Psicologia; CRAS; Prática.

INTRODUÇÃO

O papel da Psicologia nas Políticas Públicas deve ser integrado e praticado de acordo com a realidade do contexto comunitário que o mesmo está inserido. A cartilha de “Serviço de Proteção Social a Crianças e Adolescentes Vítimas de Violência, Abuso e Exploração Sexual e suas Famílias: referências para a atuação do psicólogo”, documento de referência disponibilizado pelo Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Públicas (CREPOP) do Conselho Federal de Psicologia (CFP) (2009) diz que “a presença dos psicólogos nas políticas públicas articula-se aos compromissos éticos e políticos da profissão com a construção de atuação profissional que contribua para assegurar direitos às pessoas e à coletividade” (p.14). Dentro desta perspectiva pode-se levantar alguns questionamentos sobre como é o processo da construção profissional citada na cartilha, bem como onde inicia-se a prática do psicólogo. Portanto, o referente trabalho é um recorte de uma pesquisa que teve como objetivo analisar a inserção e a prática profissional dos Psicólogos que atuam no campo das Políticas Sociais Públicas, na área da Assistência Social, no Centro de Referência de Assistência Social (CRAS).

De acordo com o PNAS/2004 (2005) o CRAS é uma unidade pública estatal de base territorial, localizado em áreas de vulnerabilidade social, que abrange um total de até 1.000 famílias/ano. Executa serviços de Proteção Social Básica, organiza e coordena a rede de serviços socioassistenciais locais da Política de Assistência Social. Atua com famílias e indivíduos em seu contexto comunitário, visando a orientação e o convívio sociofamiliar e comunitário. Portanto, a pesquisa foi realizada em 03 CRASs e contou com a participação de 05 profissionais da Psicologia que atuam nesse serviço, de uma cidade da Região Central do Estado do Rio Grande do Sul. Propõe-se discutir neste trabalho a formação do Psicólogo enquanto graduação e possíveis efeitos da grade curricular na sua prática profissional na referente instituição.

OBJETIVOS

Propõe-se discutir a formação do Psicólogo enquanto graduação e possíveis efeitos da grade curricular na prática profissional nos CRASs, a partir de um recorte de uma pesquisa.

METODOLOGIA

A pesquisa é do tipo exploratória, estruturada a partir de uma abordagem qualitativa. Este tipo de estudo procura não reduzir o homem em números e lida com a interpretação das realidades sociais (BAUER, 2008; MINAYO, 2010). Caracteriza-se também como uma pesquisa exploratória, pois notou-se escassez de referências na área. Portanto, tem o



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

propósito de proporcionar maior familiaridade com o tema, de ampliar o conhecimento, com vistas a torná-lo mais explícito ou a construir hipóteses (GIL, 2010).

O estudo foi realizado em 03 Centros de Referência de Assistência Social (CRAS). Contou com a participação de 05 profissionais da Psicologia que atuam nesse serviço, de uma cidade da Região Central do Estado do Rio Grande do Sul.

Como instrumento de coleta de dados foi utilizada a entrevista semi-estruturada, na qual, de acordo com Gil (2010), possibilita ao entrevistado discorrer acerca do tema sugerido sem que o mesmo estabeleça a priori determinadas respostas ou condições. A fim de preservar a identidade dos participantes da pesquisa, foram utilizados números em suas identificações. Para tanto, os números empregados são participante 1, participante 2, participante 3, participante 4 e participante 5. A análise dos dados foi realizada através do método de análise de conteúdo, na qual, segundo Bardin (2007) é um método empírico que depende do tipo de fala a que se dedica e do tipo de interpretação que se pretende como objetivo. Nesse estudo será apresentado um recorte dos resultados da pesquisa, que refere-se à formação do Psicólogo enquanto graduação e possíveis efeitos da grade curricular na prática profissional nos CRASs.

Implicações e desafios da formação em Psicologia para a prática no Centro de Referência de Assistência Social (CRAS)

A Psicologia na Assistência Social implica diretamente a função de promover e favorecer o desenvolvimento da autonomia dos indivíduos, oportunizando o empoderamento do sujeito, dos grupos e das comunidades. Visando uma Psicologia comprometida com a transformação social, que trabalhe as necessidades, potencialidades, objetivos e experiências dos indivíduos, onde o psicólogo veja os usuários como sujeitos de direitos. Nesse sentido, a Psicologia pode contribuir para a elaboração e execução de Políticas Públicas de Assistência Social, preocupadas em promover a emancipação social das famílias e fortalecer a cidadania junto a cada um de seus membros (CFP, 2007).

Considerando que se pode contribuir para o processo de emancipação social, superação das situações de risco e vulnerabilidade social, as discussões sobre a práxis do psicólogo no contexto de Assistência Social devem ser contínuas. Em vista disso, a Psicologia tem produzido conhecimentos que embasam a atuação profissional no campo da



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Assistência Social e que subsidiam o desenvolvimento de atividades em diferentes espaços institucionais e comunitários. Uma das produções do CFP é a cartilha “Parâmetros para atuação de assistentes sociais e psicólogos (as) na Política de Assistência Social” que relata sobre o trabalho de assistentes sociais e psicólogos, na qual, uma dos pontos é mediar o acesso dos cidadãos aos direitos sociais. Outra cartilha de “Referências Técnicas para a atuação do (a) psicólogo (a) no CRAS/SUAS”, organizada pelo CREPOP, CFP (2007) refere-se ao diálogo entre as áreas de Psicologia e Assistência Social, especificando a atuação no psicólogo no CRAS. Esse documento vem dizer que as práticas psicológicas não devem categorizar, patologizar e objetificar as pessoas atendidas, mas buscar compreender e intervir sobre os processos e recursos psicossociais, estudando as particularidades e circunstâncias em que ocorrem. Tais processos e recursos devem ser compreendidos de forma indissociada aos aspectos histórico-culturais da sociedade em que se verificam, posto que se constituem mutuamente (CFP, 2007).

No mesmo referencial técnico são documentados os princípios que devem orientar a prática do psicólogo no CRAS, são eles (CFP, 2007, p.20):

1. Atuar em consonância com as diretrizes e objetivos da PNAS e da Proteção Social Básica (PSB), cooperando para a efetivação das políticas públicas de desenvolvimento social e para a construção de sujeitos cidadãos;
2. Atuar de modo integrado à perspectiva interdisciplinar, em especial nas interfaces entre a Psicologia e o Serviço Social, buscando a interação de saberes e a complementação de ações, com vistas à maior resolutividade dos serviços oferecidos;
3. Atuar de forma integrada com o contexto local, com a realidade municipal e territorial, fundamentada em seus aspectos sociais, políticos, econômicos e culturais;
4. Atuar baseado na leitura e inserção no tecido comunitário, para melhor compreendê-lo, e intervir junto aos seus moradores;
5. Atuar para identificar e potencializar os recursos psicossociais, tanto individuais como coletivos, realizando intervenções nos âmbitos individual, familiar, grupal e comunitário;
6. Atuar a partir do diálogo entre o saber popular e o saber científico da Psicologia, valorizando as expectativas, experiências e conhecimentos na proposição de ações;
7. Atuar para favorecer processos e espaços de participação social, mobilização social e organização comunitária, contribuindo para o exercício da cidadania ativa, autonomia e controle social, evitando a cronificação da situação de vulnerabilidade;
8. Manter-se em permanente processo de formação profissional, buscando a construção de



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

práticas contextualizadas e coletivas; 9. Atuar com prioridade de atendimento aos casos e situações de maior vulnerabilidade e risco psicossocial; 10. Atuar para além dos *settings* convencionais, em espaços adequados e viáveis ao desenvolvimento das ações, nas instalações do CRAS, da rede socioassistencial e da comunidade em geral. Desde o ponto de vista conceitual, a ação do psicólogo e do assistente social e as diretrizes do Ministério de Desenvolvimento Social unem-se na reabilitação psicossocial de um lado e de outro, na promoção da cidadania e do protagonismo político.

O CRAS é responsável pelo Programa de Atenção Integral às Famílias (PAIF), entre outros serviços, benéficos, programas e projetos, são eles: *Serviços*: socioeducativos-geracionais, intergeracionais e com famílias, sócio-comunitário, reabilitação da comunidade, entre outros; *Benefícios*: como transferência de renda (bolsa-família e outra); benefícios de Prestação Continuada (BPC); benefícios eventuais (assistência em espécie ou material); outros; *Programas e Projetos*: capacitação e promoção da inserção produtiva; promoção da inclusão produtiva para beneficiários do programa Bolsa Família (PBF) e do Benefício de Prestação Continuada; projetos e programas de enfrentamento à pobreza; projetos e programas de enfrentamento à fome; grupos de produção e economia solidária; geração de trabalho e renda (CFP, 2007).

O psicólogo pode participar de todas essas ações citadas acima, articulando a sua atuação a um plano de trabalho elaborado em conjunto com a equipe interdisciplinar (CFP, 2007). Dado isso, segundo Góis (2005) o psicólogo pode trabalhar dentro de uma estratégia de combate à pobreza e de desenvolvimento de uma nação. Na qual, devem ser considerados alguns aspectos como a dimensão econômica da sociedade; as relações sociais, as instituições e o tempo livre; a cultura, o modo de vida, história, símbolos e ideologias; a subjetividade social e pessoal.

O CREPOP/CFP (2010) realizou uma pesquisa via internet, sobre a atuação de psicólogos/as no CRAS/SUAS, na qual se destaca alguns resultados obtidos: 88,5% dos respondentes são do sexo feminino; 58,7% têm entre 24 e 31 anos; 58,3% atuam como psicólogos há no máximo 4 anos; 28,1% atuam como psicólogos no CRAS de 1 a 2 anos; 42,2% tem como vínculo contratos temporários; e 44,1% recebem remuneração entre R\$ 1.500 e R\$ 2.000 reais. Percebe-se o pouco tempo de atuação na área, até mesmo por ser nova a Política de Assistência Social e essa perspectiva jovem vai refletir também na



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

atuação do profissional na instituição, como é referido pela entrevistada 3, que diz: “Foi muito difícil pra mim estabelecer o quê que o psicólogo faz diariamente no CRAS, porque eu conheci o CRAS na verdade quando eu comecei a trabalhar aqui”; a entrevistada 4 refere-se à mesma questão, dizendo “Isso a gente foi pegando com o tempo (...) a gente também era meio perdido o quê que era o serviço de cada um”. A participante 5 também desconhecia a prática do Psicólogo no CRAS: “Não conhecia, como era feito o trabalho”. Costa e Cardoso (2010) falam sobre a dificuldade na definição das atividades no CRAS, pois ainda há uma certa incompreensão sobre qual o lugar que a Psicologia ocupa no local. Os autores relatam que, muitos ainda, entendem a Psicologia como prática liberal e privada, responsável pelo diagnóstico e acompanhamento psicoterápico dos usuários. Isso faz pensar sobre a criação de um espaço diferente, outra forma de se fazer Psicologia distinta da tradicional, o que também, por muitas vezes, é colocado como um desafio pelas entrevistadas. Pois, ainda há um distanciamento do Psicólogo nas Políticas Públicas.

A questão da clínica tradicional, do atendimento individual é trazida como uma dificuldade em relação a visão do tipo de trabalho que o psicólogo realiza. Dimenstein (2000) coloca ainda que é do conhecimento geral que a maioria dos estudantes de Psicologia almeja “atuar com seus iguais, a classe média urbana” (p.104), como também ter uma formação teórica direcionada para a clínica tradicional do atendimento individual. A autora diz que essa imagem da profissão é mais valorizada e conhecida pela categoria e pelo público leigo.

A participante 2 refere-se a essa imagem da profissão e associa esse fator como uma dificuldade no trabalho da Psicologia no CRAS, dizendo:

Eu acho que é quanto os rótulos que a gente acaba ganhando, que é bem essa questão que parece que a gente sempre, o psicólogo sempre faz psicologia clínica, é muito, essa é a grande dificuldade que eu tenho, parece que muitas pessoas não me vêem caminhando pela comunidade (...) elas acham que eu fico sentada atendendo, e não.

Guareschi, et al (2010) referem-se que entre os anos de 2001 e 2004 foram aprovadas as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação da área da saúde. A Associação Brasileira de Ensino de Psicologia (ABEP) (2004), no artigo 10 firma nacionalmente que a formação em Psicologia articule os conhecimentos em torno das práticas profissionais que permitam a inserção do graduado em diferentes contextos institucionais e sociais. Nesse sentido, percebe-se uma relação da prática profissional com



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

o currículo de graduação, como fala a participante 1: “Acho que aquela psicologia clássica que a gente vê muito na faculdade (...) se tu vem muito com aquela coisa fixa do consultório, da clínica psicológica, não vai dar certo assim”. A entrevistada 4 diz “A gente sai da faculdade e vem aqui, a realidade é totalmente outra... do que a gente estuda dentro”. A participante 1 relata que “Quando tu te insere num ambiente assim, tu começa a tê um outro olhar de Psicologia, uma coisa que não é muito passada quando tu ta na universidade”. A entrevista 3 complementa ainda dizendo que “O trabalho que eu faço dentro da Psicologia não é dentro daqueles padrões certinho que nos passam até na faculdade, eu sou mais direta com eles”. A impressão que temos é que teria um ideal de Psicologia passada na faculdade e uma realidade “fora dela”, que o profissional recém formado ou há pouco tempo inserido no contexto de Políticas Sociais Públicas não está preparado para enfrentar, como coloca a participante 1 “Eu tenho colegas que se formaram sem nunca ter vindo numa comunidade”.

Scarpato e Guareschi (2007) colocam que é urgente que a formação favoreça o conhecimento sobre as Políticas Sociais Públicas e sobre os espaços de atuação. Além de fomentar o pensar crítico, legitimando no processo de formação discussões sobre as práticas cotidianas, no sentido de articular estratégias de ensino e processos emancipatórios. Pois, caso contrário, podem se multiplicar práticas elitistas e inacessíveis às pessoas para as quais se supõe igualdade de direitos. Desse modo é imprescindível problematizar e discutir a própria Psicologia no que se refere aos sentidos que tem produzido na sociedade e no papel que esse psicólogo tem assumido.

CONCLUSÃO

Em vista disso, nota-se a falta de instrumentalização para esses profissionais. Portanto, discutir a formação acadêmica dos mesmos, item que foi recorrente nas falas das entrevistadas, faz com que possamos pensar que seja uma forma de auxiliar na inserção do psicólogo nessa Política. Percebeu-se a extrema importância do currículo, na qual, compromete a atuação das psicólogas nesse campo, pois não oferece subsídios para as atividades nos CRAs. Como hipótese, podemos pensar que isso aconteça por esses profissionais terem tido uma formação teórica direcionada para a clínica tradicional do atendimento individual.



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Faz-se necessário, portanto, atuar na sólida mudança da perspectiva do ensino, visando a necessidade de os profissionais, principalmente os recém-formados, de estarem capacitados para atuar com a realidade, com as questões sociais, com as Políticas Sociais Públicas. Pois, partindo que a demanda vem da própria sociedade, da comunidade, da família, torna-se imprescindível a presença da categoria. Atuando em um campo que necessita do psicólogo, mas também de um cidadão que tenha como perspectiva de vida ser um protagonista social juntamente com os outros sujeitos da comunidade, com o objetivo de fortalecer um campo de atuação e a Psicologia enquanto profissão e sem fragmentações.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Associação Brasileira de Ensino de Psicologia (2004). Linha do Tempo. Retirado em <http://www.abepsi.org.br/web/linhadotempo.aspx>.
- Bardin, L. (2007). *Análise de conteúdo*. (4.ed., Edições 70) Lisboa, Portugal.
- Bauer, M. W.; Gaskell, G. (2008). *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático*. (7. ed., P. Guareschi, trad.) Petrópolis, RJ: Vozes.
- Brasil. (2005). *Política Nacional de Assistência Social - PNAS/2004*. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. Brasília: DF.
- Conselho Federal de Psicologia. (2007). *Referências Técnicas para a atuação do (a) psicólogo (a) no CRAS/SUAS*. Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas (CREPOP). Brasília, DF: CFP.
- Conselho Federal de Psicologia. (2009). *Serviço de Proteção Social a Crianças e Adolescentes Vítimas de Violência, Abuso e Exploração Sexual e suas Famílias: referências para a atuação do psicólogo*. Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas (CREPOP). Brasília, DF: CFP.
- Conselho Federal de Psicologia. (2010). *Atuação dos psicólogos no CRAS/SUAS*. Relatório descritivo preliminar de pesquisa. Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas (CREPOP). Brasília, DF: CFP.
- Conselho Federal de Serviço Social. (2007). *Parâmetro para atuação de assistentes sociais e psicólogos (as) na Política de Assistência Social*. Brasília, DF: CFESS.



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

- Conselho Regional de Psicologia/RS. (2010). *Sobre a profissão*. Porto Alegre, RS. Acesso: http://www.crprs.org.br/sobre_profissao.php.
- Costa, A. F. de S., Cardoso, C. L. (2010). Inserção do Psicólogo em Centros de Referência de Assistência Social – CRAS. *Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia*, 3 (2), 2010.
- Dimenstein, M. (2000). A cultura profissional do psicólogo e o ideário individualista: implicações para a prática no campo da assistência pública à saúde. *Estudos de Psicologia*, 5 (1).
- Gil, A. C. (2010). *Como elaborar projetos de pesquisa*. 5. ed. São Paulo: Atlas.
- Góis, C. W. de L. (2005). *Psicologia comunitária: atividade e consciência*. Fortaleza: Publicações Instituto Paulo Freire de Estudos Psicossociais.
- Guareschi, Dhein, Reis, Machry, Bennemann, (2010). A psicologia e a formação do profissional da saúde para o SUS: um estudo a partir dos currículos de cursos de psicologia do Rio Grande do Sul. *Psicologia, formação, políticas e produção em saúde*. In: N. M. F. Guareschi et al. Porto Alegre: EDIPUCRS.
- Minayo, M. C. de S. (2010). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 29. ed. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Scaparo, H.; Guareschi, N. (2007). Psicologia social comunitária e formação profissional. (19, ed Especial 2: 100-108). *Psicologia & Sociedade*.



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

**Reflexões a respeito das narrativas e do conhecimento produzido da Psicologia na
assistência social**

Roberta Fin Motta ¹

Helena Beatriz Kochenborger Scarparo ²

¹ Centro Universitário Franciscano (UNIFRA)

² Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS)

Resumo

A presente proposta de mesa pretende contribuir com a discussão e focar a Psicologia nas Políticas Sociais Públicas (PSP), em especial, as vicissitudes da Psicologia na Política de Assistência Social e do Sistema Único de Assistência Social (SUAS). Tal abordagem tem o intuito de apresentar o relato de uma Dissertação de Mestrado, que aborda a relação entre o saber-agir da Psicologia e o campo da Assistência Social, no Rio Grande do Sul, Brasil. Para explorar o tema, enfocamos os processos de inserção e atuação da Psicologia no campo da Assistência Social, tendo em vista duas fontes de dados: produções científicas e narrativas. Nas produções científicas, buscamos compreender o conhecimento produzido sobre processos de constituição das práticas do psicólogo no campo da Assistência Social em teses e dissertações brasileiras publicadas entre 2004 e 2010. E as experiências de profissionais da Psicologia que efetivam ou efetivaram saberes e práticas no campo da Assistência Social, a partir da década de 1990, em Porto Alegre. Como estratégia metodológica, utilizamos o apoio numa proposta de revisão sistemática e a coleta e análise de narrativas, tendo como referencial teórico, o construcionismo social. Dentre os resultados deste trabalho, destacamos os descompassos entre a formação e a prática profissional, a contradição entre a necessidade de promover estratégias para construção cotidiana e coletiva concomitante à compreensão deste processo como obstáculo ao trabalho e, finalmente, a ideia de que a Política Pública de Assistência Social é uma travessia pouco explorada e pouco articulada às demais Políticas Sociais. Por fim, o trabalho reforça a relevância do debate sobre a inserção das práticas dos psicólogos no



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

campo da Assistência Social, tendo em vista a reflexão crítica e a transformação de concepções, lugares e projetos sociais para a profissão.

Palavras-Chave: Psicologia; Assistência Social; Narrativas; Produção de conhecimentos.

INTRODUÇÃO

Em 2012, a Psicologia comemora 50 anos da regulamentação da profissão no Brasil. Contabilizamos, então, meio século de tentativas, das mais diversas, de inserção e consolidação profissional. Datas como essa ensejam processos de reflexão acerca dos caminhos escolhidos, das práticas efetivadas e dos efeitos construídos. A presente proposta de mesa pretende contribuir com essa discussão e focar a Psicologia nas Políticas Sociais Públicas (PSP), em especial, as vicissitudes da Psicologia na Política de Assistência Social e do Sistema Único de Assistência Social (SUAS).

Este texto trata de um relato de uma Dissertação de Mestrado, que aborda a relação entre o saber-agir da Psicologia e o campo da Assistência Social, no Rio Grande do Sul, Brasil. Para explorar o tema, enfocamos os processos de inserção e atuação da Psicologia no campo da Assistência Social, tendo em vista duas fontes de dados: produções científicas e narrativas.

Nas últimas décadas, muitas experiências na Psicologia têm possibilitado vislumbrar práticas direcionadas aos problemas sociais brasileiros e voltadas para o fortalecimento da população no enfrentamento das situações de vulnerabilidade social. Como resultado definiram-se mais nitidamente as concepções acerca das contribuições da Psicologia para as Políticas Sociais Públicas. Além disso, constituíram-se novas referências para o exercício da profissão (CFP, 2005). Como decorrência, as aproximações entre Psicologia e Políticas Sociais Públicas no contexto brasileiro têm trazido indagações quanto aos processos de construção dos conhecimentos, das práticas que geram e dos territórios de poder que inauguram.

Concomitante à inserção da Psicologia no campo das Políticas Sociais Públicas ainda é incipiente a discussão sobre as práticas psicológicas na Assistência Social. Além disso, a atividade dos psicólogos é imprescindível, tanto para os profissionais e gestores que atuam nessa área, como para os usuários. Scarparo e Guareschi (2007) salientam que



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

existe uma discrepância entre a necessidade de trabalho no âmbito das Políticas Sociais e o despreparo dos profissionais para enfrentar os desafios relativos a esse campo. Nesse sentido, essa problemática, de acordo com as autoras implica em assumir o compromisso de compreender a magnitude das questões abordadas ao planejar, gerir e avaliar ações. Bem como, que a formação favoreça o conhecimento e a crítica dos pressupostos das Políticas Sociais e da amplitude do espaço público (Scarparo e Guareschi, 2007). Deste modo, para reafirmar o compromisso ético-político do fazer psicológico é fundamental produzir conhecimentos sobre o tema.

DESENVOLVIMENTO

Nesse capítulo, pretendemos abordar alguns dos aspectos da história da Psicologia Social no Brasil e no Rio Grande do Sul e a inserção dos psicólogos, na perspectiva das Políticas Sociais Públicas. Reconhecer a trajetória implica em entendê-la como um produto histórico, cujos determinantes passam pelo contexto sócio-histórico-político no qual a profissão se insere. Com isso podemos ter subsídios para a compreensão dos processos de articulação entre a construção das práticas psicológicas e a Assistência Social em Porto Alegre, a partir da década de 1980, adentrando a década de 1990.

A partir dos anos oitenta, o País começa a viver a abertura democrática, os psicólogos procuraram discutir os conflitos existentes entre as diferentes abordagens teóricas e metodológicas e a criar espaços para repensar o trabalho voluntário. Houve um aumento crescente no número de práticas psicossociais, destacando-se as práticas relacionadas às comunidades carentes, as instituições totais, dentre outras (Freitas, 2009, Bomfim, 2004). É importante, também, o envolvimento dos psicólogos no movimento da saúde, com participação ativa na luta antimanicomial, nas Conferências Nacionais de Saúde, que acabam definindo algumas das condições para a inserção da categoria no campo público do bem estar social (Yamamoto, 2007). Em meados de 1980 temáticas relacionadas às práticas psicossociais começaram a ocupar espaços significativos e de interesse em diversos encontros científicos. Assim, em 1980 surge a Associação Brasileira de Psicologia Social (ABRAPSO) e em 1984, Lane e Codo organizam a obra que pode ser considerada marco da ruptura da Psicologia Social, intitulada Psicologia Social: o homem em movimento. Nessa obra vê-se claramente o rompimento com a Psicologia Social norte-



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

americana. (Bernardes, 2008). Também, entre as associações científicas tem-se destacado a Associação Nacional de Pesquisa e Pós-graduação em Psicologia (ANPEPP) e a Sociedade Brasileira de Psicologia. (Bomfim, 2004).

Ao final dos anos 1980, a promulgação da Nova Constituição de 1988, denominada “Cidadã”, pode ser considerada um exemplo de vários movimentos políticos e sociais em prol das necessidades e das demandas da sociedade, afirmam Cruz & Guareschi (2009). Ainda, as autoras, dizem que a Constituição trouxe uma mudança para a Assistência Social no Brasil, constituindo-se juntamente com a Saúde e a Previdência Social a base da seguridade social, inspirada na noção de Estado de Bem-Estar Social. Este é, pois, o primeiro marco histórico que instituiu o início da transformação da caridade, da benesse e da ajuda para a noção de direitos e cidadania da Assistência Social, apontando para seu caráter de Política Pública de Proteção Social articulada a outras políticas voltadas à garantia de direitos e de condições dignas de vida.

Já no início dos anos de 1990, as concepções e os instrumentos da Psicologia passaram a transformar-se em função das necessidades das populações atendidas. A opção por um saber – fazer transformador confirmou-se como um desafio da Psicologia no País, além de sinalizar cada vez mais a aproximação entre direitos humanos e políticas sociais. (CFP, 1990). As experiências críticas e as que buscavam inovar continuavam, no entanto, o que ficava cada vez mais nítido é que a Psicologia, entendida como instituição, precisaria recolocar-se socialmente, necessitaria reposicionar-se (Gonçalves, 2010). Nesse período, Bock (1999) refere que a Psicologia dedicou-se a sistematizar a diversidade construída, quando os psicólogos refletiram e construíram novas ideias na década de 1980. Os psicólogos que, antes, almejavam uma identidade, deram lugar à preocupação com a imagem da Psicologia e do psicólogo junto à população, na década de 1990.

Assim, Bernardes (2008) reconhece que a realidade parece ser outra, uma vez que os países latino-americanos estão construindo uma produção em Psicologia Social, contextualizada, baseada na história de sua comunidade e preocupada com a cultura, os valores, os mitos e os rituais. Nesse ínterim, é fato que a inserção do psicólogo nas Políticas Públicas cresceu muito nos últimos dez anos, principalmente nas áreas de saúde e saúde mental, políticas de proteção à criança e ao adolescente e, mais recentemente, na área da Assistência Social.



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

A discussão sobre Políticas Sociais Públicas é um tema relativamente novo para a ciência e para a prática psicológica. Embora haja o engajamento social e político de alguns profissionais da área praticamente desde seu reconhecimento como profissão no Brasil, e o movimento em busca de um compromisso social com a maioria da sociedade brasileira e com seu contexto sociopolítico e econômico já venham tomando corpo há pelo menos vinte anos; a inserção de profissionais como parte das equipes de trabalho em Políticas Públicas só tomou maiores proporções na última década (Fontenele, 2008).

Essa atuação foi acompanhada pela construção, na Psicologia, do compromisso social, com a participação de psicólogos de todo o País. A partir dessa perspectiva, é valorizada a construção de práticas comprometidas com a transformação social, em direção a uma ética voltada para a emancipação humana. Diferentes experiências apontaram alternativas para o fortalecimento dos indivíduos e grupos para o enfrentamento da situação de vulnerabilidade. Como resultado dessas experiências houve uma ampliação da concepção social e governamental acerca das contribuições da Psicologia para as Políticas Públicas, além da geração de novas referências para o exercício da profissão de psicólogo no interior da sociedade (CFP, 2005). Esse fato é vislumbrado nas pesquisas organizadas pelo Conselho Federal de Psicologia no qual demonstra que há nos últimos anos um aumento progressivo do número de profissionais em novos espaços de atuação, sobretudo na Assistência Social, seja no âmbito público, seja no privado sem fins lucrativos (CFP, 1994; 2001; 2004).

OBJETIVOS

Contribuir com as discussões e focar a Psicologia nas Políticas Sociais Públicas (PSP), em especial, as vicissitudes da Psicologia na Política de Assistência Social e do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), a partir de um relato de uma Dissertação de Mestrado.

METODOLOGIA

O presente estudo caracterizou-se como uma pesquisa do tipo exploratória, estruturada a partir de uma abordagem qualitativa. Para explorar o tema, enfocamos os



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

processos de inserção e atuação da Psicologia no campo da Assistência Social, tendo em vista duas fontes de dados: produções científicas e narrativas. Nas produções científicas, buscamos compreender o conhecimento produzido sobre processos de constituição das práticas do psicólogo no campo da Assistência Social em teses e dissertações brasileiras publicadas entre 2004 e 2010, com apoio numa proposta de revisão sistemática.

Já nas experiências de profissionais da Psicologia que efetivam ou efetivaram saberes e práticas no campo da Assistência Social, a partir da década de 1990, em Porto Alegre foi utilizada, como estratégia metodológica, a coleta e análise de narrativas, tendo como referencial teórico, o construcionismo social.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dentre os resultados desse trabalho, observamos a escassez de pesquisas sobre o tema, e destacamos os descompassos entre a formação e a prática profissional, a contradição entre a necessidade de promover estratégias para construção cotidiana e coletiva concomitante à compreensão desse processo como obstáculo ao trabalho e, finalmente, à ideia de que a Política Pública de Assistência Social é uma travessia pouco explorada e pouco articulada às demais Políticas Sociais.

Percebe-se que, em relação à Assistência Social, houve avanço nas últimas décadas, no Brasil, no que se refere aos sentidos sociais atribuídos a essa prática. Constatamos a diminuição da associação do assistencialismo, da benemerência, da filantropia e da conotação de clientelismo político em troca da vinculação com o estatuto de Política Pública.

No entanto, vários desafios foram elencados ao longo da investigação. Podemos citar como exemplos substantivados nas interlocuções com outras áreas, no caso, na interdisciplinaridade, na intersetorialidade, na busca de melhoria das condições de trabalho, nos movimentos que buscam retomar antigas formas de saber-agir na Assistência Social, nos descompassos entre a formação e a atuação profissional, e a consolidação profissional no campo da Assistência Social. Nesse processo, encontra-se a Psicologia. Sabemos que a sua inserção na Política Pública de Assistência Social ainda é recente e que as discussões sobre sua interlocução com a Política de Assistência Social ainda estão sendo desenvolvidas.



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

CONCLUSÕES

Cabe destacar a importância de se ter estudos que possam refletir, problematizar e aprofundar os conhecimentos na área em questão. Desse modo, sendo plausível o intuito de contribuir para a produção do conhecimento em prol do desenvolvimento da Psicologia, entendida como ciência e profissão. Nesse ínterim, o trabalho realizado reforça a relevância de intensificar o debate sobre a inserção das práticas dos psicólogos no campo da Assistência Social, tendo em vista a reflexão crítica e a transformação de concepções, lugares e projetos sociais para a profissão.

Logo, esta pesquisa não teve o anseio de generalização dos dados, porém, propor a reflexão e a compreensão sobre como se deu a articulação das práticas do profissional psicólogo na Assistência Social. Portanto, a pesquisa em foco pode ser vista como o registro de uma ação política em prol do desenvolvimento de estudos, além da inserção e da atuação da Psicologia comprometida com as realidades sociais do país. Nesse sentido, o presente estudo demonstra o exercício de cidadania e o compromisso dos profissionais da Psicologia, assim como, da academia em produzir conhecimentos, mas deixa espaço para que novos trabalhos aconteçam em torno da temática Psicologia e Políticas Sociais. Como refere Tomas Ibáñez (1994) é da responsabilidade dos psicólogos optar pelo conhecimento que pretendemos produzir, ou seja, um conhecimento com conseqüências autoritárias, alienadoras e normalizadoras, que passe a fazer parte dos múltiplos dispositivos de dominação ou um conhecimento do tipo libertador, emancipador, que focalize a luta das pessoas contra a dominação.

REFERÊNCIAS

- Bernardes. J.S. (2008). História. In Strey,M.N.et al. *Psicologia Social Contemporânea*.(p.19-35). Petrópolis, RJ: Vozes.
- Bock, A.M.B. (1999). *Aventuras do Barão de Münchhausen na Psicologia*. São Paulo: Educ/Cortez.



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

- Bomfim, E.M. (2004). Contribuições para a história da Psicologia Social no Brasil. In Jacó-Vilela, A.M., Mancebo, D. *Psicologia social: abordagens sócio-históricas e desafios contemporâneos* (123-144). Rio de Janeiro, RJ: Ed. da UERJ.
- Conselho Federal de Psicologia (CFP). (1990). Prática psicológica: repetição ou mudança. *Revista Psicologia Ciência e Profissão*, n.2.
- Conselho Federal de Psicologia (CFP). (1994). *Psicólogo Brasileiro: práticas emergentes e desafios para a profissão*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Conselho Federal de Psicologia (CFP). (2001). *Pesquisa feita junto aos associados do Conselho Federal de Psicologia - Relatório Final*. Relatório on-line. Recuperado em 05 Julho, 2010, de http://www.pol.org.br/arquivos_.pdf/relatório_who.doc
- Conselho Federal de Psicologia (CFP). (2005). *Banco Social de Serviços. Relatório Final*. Brasília: CFP.
- Cruz, L. R. Da; Guareschi, N. M. De F. (2009). *Políticas Públicas e Assistência Social: diálogo com as práticas psicológicas*. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Fontenele, A, G, T. (2008). *Psicologia e o Sistema Único da Assistência Social - SUAS*. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, Ceará, Brasil.
- Freitas, M. F. Q. (2009). Psicologia na comunidade, psicologia da comunidade e psicologia (social) comunitária: práticas da psicologia em comunidade nas décadas de 60 a 90, no Brasil. In Campos, R. H. de F. (org.) *Psicologia Social Comunitária – da solidariedade à autonomia* (p.54-80). Petrópolis, RJ: Vozes.
- Gonçalves, M.G. (2010). *Psicologia, Subjetividade e Políticas Públicas*. São Paulo: Cortez.
- Ibañez, T. (1994). Constructing a representation or representing a construction? Theory and Psychology, n.4, p.363-81.
- Scarpato, H; Guareschi, N.M.F. (2007). Psicologia Social comunitária e formação profissional. *Psicologia e Sociedade*, Porto Alegre, n. 19, Edição Especial 1, p. 46-56.
- Yamamoto, O.H. (2007). Políticas sociais, terceiro setor e compromisso social: perspectivas e limites do trabalho do Psicólogo. *Psicologia & Sociedade*; 19 (1): 30-37; jan/abr.



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Psicologia e Assistência Social: discussão a partir de uma vivência

Verônica Bem dos Santos ¹

¹ Universidade Federal de Santa Maria (UFSM)

Resumo

O trabalho desenvolve-se como proposta de mesa-redonda, para apresentação no III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde, e insere-se no eixo temático “Assistência Social”. Refere-se a uma discussão a respeito do trabalho do profissional psicólogo dentro da política de assistência social, mais especificamente do Centro de Referência da Assistência Social (CRAS), a partir da vivência da autora enquanto trabalhadora integrante da equipe técnica de um CRAS do interior do Rio Grande do Sul. As questões abordadas se direcionam às dificuldades e desafios, bem como as possibilidades de construção de uma prática que se volta para um campo ainda bastante novo de atuação da psicologia. Para embasar a discussão, utilizaram-se as produções levantadas no portal Scielo referentes à temática. Por fim, percebe-se a necessidade de maior discussão acadêmica a respeito das políticas públicas de um modo geral, e da assistência social de modo mais específico, tendo em vista a vasta inserção da psicologia nesses espaços.

Palavras-chave: Práticas Psicológicas; Assistência Social; Políticas Públicas.

INTRODUÇÃO

Foi a partir do artigo 203, da Constituição Federal de 1988, que a assistência social passou a ser reconhecida como uma das bases da seguridade social do país, afirmando que “a assistência social será prestada a quem dela necessitar, independentemente de contribuição à seguridade social” (BRASIL, 1988). E nesse momento se estabelece uma ruptura com o caráter até então assumido pela assistência social brasileira: caridade, filantropia, ajuda aos mais pobres. Segundo Oliveira et al (2011, p. 140), “a criação do SUAS dá um novo caráter à Assistência Social, que até então havia sido ligada à caridade,



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

ao assistencialismo e ao clientelismo”. A estrutura econômica concentradora de riqueza e a formação social patrimonialista, até então, haviam sido a base de construção dessa política, pautada no conceito de ajuda (BRASIL, 2007).

A constituição de 1988 representou um marco do movimento pelo SUAS, e os avanços apresentados pela garantia de direitos sociais foi muito significativos, como jamais fora vistos no país, incluindo a responsabilização do Estado pela proteção social das pessoas destituídas de direitos (OLIVEIRA et al, 2011). Porém, sabemos que essa luta não foi findou por aí, mas que foram preciso muitos outros momentos de discussão e debate. A conquista da assistência social enquanto política pública se deu com a criação da Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS), a partir de 1993.

Em 13 de dezembro de 2006 foi aprovada a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do SUAS (NOB/RH), que concretizou diversos avanços na política, no tocante ao trabalho no SUAS. Um desses avanços foi a definição de equipes mínimas para a gestão da assistência social.

O texto da Política Nacional de Assistência Social, aprovado em 2004, prevê a criação de espaços de execução da política. Esses, então, dividem-se entre proteção social básica e proteção social especial, de forma a desfazer a noção de que a Política Nacional de Assistência Social (PNAS) visa atender grupos homogêneos de pessoas carentes, e estende suas ações para o nível das vulnerabilidades, com o intuito de preveni-las (BRASIL, 2007).

O nível de proteção social básica tem como seu local prioritário de execução os Centros de Referência da Assistência Social (CRAS). O estabelecimento deve se localizar em áreas geográficas onde haja maior vulnerabilidade social, pois “o CRAS atua com famílias e indivíduos em seu contexto comunitário, tendo como metas a prevenção de situações de risco e o fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários” (BRASIL, 2007, p. 20). O CRAS é a instituição sede da Proteção Social Básica, agregando os programas do nível básico de atenção, como o Programa Bolsa Família (PBF), o Programa de Atenção Integral às Famílias (PAIF) e o Benefício de Prestação Continuada (BPC) (OLIVEIRA et al, 2011). Com relação aos trabalhadores, a instituição hoje “é composto por psicólogos, assistentes sociais, coordenador, auxiliar administrativo e educadores sociais, entre outros” (ANDRADE E ROMAGNOLI, 2010, p. 606).

Esse deverá ser o espaço de onde emergem as questões aqui discutidas, levando em conta minha vivência de trabalho em um CRAS do interior do Rio Grande do Sul. A



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

permanência na instituição se deu entre os anos de 2010 e 2012. A partir de minha inserção na equipe técnica de um CRAS, enquanto psicóloga, pude me deparar com momentos de participação na construção e execução da prática psicológica na assistência social. Ingressei no serviço quatro meses após a conclusão do curso de psicologia, através de concurso público.

Sobre a atuação dos psicólogos e psicólogas como trabalhadores da assistência social, o documento Referências Técnicas para Atuação dos (as) Psicólogos (as) no CRAS/CREAS (CREPOP, 2007), afirma que esses têm “como finalidade básica o fortalecimento dos usuários como sujeitos de direitos e o fortalecimento das políticas públicas” (Ibid, p. 22). E acrescenta que “temos a oportunidade de trabalhar com a vida, não com o pobre, o pouco, o menos” (Ibid, p. 17).

OBJETIVOS

Trata-se de um texto produzido para embasar o debate proposto em forma de mesa-redonda, para o III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde. Objetiva promover uma discussão a respeito da prática psicológica no campo da assistência social, articulada a produções teóricas acerca da temática.

METODOLOGIA

Aspectos vivenciados durante o período de atuação no CRAS, que receberam destaque por se referirem a situações em que se caracterizava a construção da prática psicológica na política de assistência social, articulados com a revisão da literatura sobre a temática, constituíram o fio condutor para o presente trabalho. Trata-se de uma discussão acerca da atuação do psicólogo no campo da assistência social, suas dificuldades e os desafios enfrentados.

Utilizou-se como base de dados, o portal Scielo (Scientific Eletronic), onde foi encontrado um número reduzido de artigos relacionados à temática, redigidos em português. Com os descritores “Psicologia” e “Assistência Social” integrados, obteve-se 1 (um) resultado, e com os descritores “Psicologia” e “CRAS” foram reconhecidos 6 (seis) artigos, sendo que um deles tratava-se do mesmo encontrado com os descritores anteriores.



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Ou seja, dentro do portal Scielo foi possível encontrar um total de 6 (seis) artigos em português, que se referem à Psicologia dentro do campo Assistência Social.

A partir da leitura das produções encontradas sobre a temática, foram selecionadas as informações relativas à prática do profissional psicólogo na política de Assistência Social. Concomitantemente, desenvolveu-se um diálogo entre essas produções e a minha experiência prática enquanto trabalhadora.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Inicialmente, constatou-se a ainda baixa produção bibliográfica existente sobre a temática. Sabe-se que a Psicologia é uma profissão ainda bastante nova no Brasil, datada de 1962 (YAMAMOTO, apud SILVA e CORGOZINHO, 2011) seu reconhecimento enquanto campo de atuação profissional. Além disso, tem-se a Assistência Social, também ainda muito recentemente dada como uma política pública. Consequentemente, a junção entre psicologia e assistência social se torna um processo ainda mais novo. Foi em 2005 que o psicólogo passou a fazer parte da equipe dos CRAS (SILVA E CORGOZINHO, 2011, p. 12).

O CRAS é um espaço de execução da política de assistência social, se configurando como sua porta de entrada. Através da oferta de serviços às famílias, grupos e indivíduos, atua na prevenção de riscos e trabalha em prol do fortalecimento de vínculos familiares e comunitários. Além de uma equipe composta por outros profissionais, o psicólogo tem um papel muito importante na construção e execução de ações e na promoção de cuidado às pessoas atendidas no serviço (FREIRE, 2010). Para isso, é importante que os psicólogos e psicólogas envolvidas nesse trabalho estejam abertos a um trabalho que envolva muito mais que execução de ações. “Os psicólogos devem sempre reinventar e criar novas formas de intervenção para a transformação social dos usuários” (SILVA E CORGOZINHO, 2011, p. 13).

Ao passo que há uma demanda por flexibilidade e criatividade por parte dos profissionais de psicologia, Oliveira et al (2011) descrevem algumas dificuldades enfrentadas pelos mesmos quando da sua inserção no campo da assistência social. Uma dessas dificuldades seria a adequação a um trabalho que atenda a pessoas com problemas concretos, materiais, demandando intervenção para além da clínica tradicional. “Isso põe



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

abaixo a crença de que os referenciais da Psicologia são soberanos, e que podem ser utilizados sem enquadre de espaço, tempo, contexto e indivíduos” (OLIVEIRA et al, 2011, p. 141).

Minha inserção na equipe técnica do CRAS se deu no ano de 2010. Antes dela, outra psicóloga chegou a atuar no local. Mesmo assim foi preciso enfrentar diversas dificuldades no sentido de ter meu trabalho aceito pelo restante da equipe. O esperado era, na maioria das vezes, ações no âmbito da clínica individual. O processo de aceitação de um trabalho psicológico voltado para grupos e comunidades, direcionado para o coletivo, foi muito longo e questionado por parte da instituição.

Com relação a isso, Oliveira et al (2011, p. 146) afirmam que “o atendimento psicológico é o único diferenciador da função do psicólogo e, ao mesmo tempo, lhe confere um “lugar” na equipe”. Por isso, muitos psicólogos e psicólogas têm dificuldades em aderir a formas alternativas de atendimento às demandas de famílias e comunidades. “Diante da falta de clareza, a clínica tradicional, uma vez mais, emerge como uma zona de relativo conforto para a atuação do psicólogo, ao mesmo tempo em que lhe confere um lugar e uma particularidade na equipe” (OLIVEIRA et al, 2011, p. 148).

Com relação à dificuldade de aceitação por parte da equipe, de uma proposta de trabalho diferenciada daquela tida como tradicional, pode-se pensar que esteja relacionada com o individualismo das diversas áreas de conhecimento. Parece ser mais interessante que a psicologia mantenha seu método de trabalho, voltado para o exclusivamente para o indivíduo, assim “cada disciplina impede que a outra se aproxime de seu território, mantendo-se uma afastada da outra, resguardada pelo seu especialismo, seus procedimentos e técnicas” (ANDRADE E ROMAGNOLI, 2010, p. 612).

Conforme estudo realizado por Macedo et al (2011), o número de profissionais psicólogos inseridos na política de assistência social tem crescido bastante nos últimos anos. Até 2011, quando o estudo foi realizado, foram apontados um total de 8.079 psicólogos atuando em unidades de referência do SUAS no país. Somente dentro de CRAS, haviam 6.022 psicólogos compondo as equipes de atuação. Esses dados mostram a tendência de inserção cada vez mais forte, por parte da psicologia, nas políticas públicas, e mais especificamente na assistência social e nos CRAS. Apesar disso, estudos comprovam que “os processos formativos desses profissionais não os preparam de modo irrestrito para



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

esse trabalho, pois não há referenciais teórico-metodológicos específicos capazes de suprir os afazeres do profissional nesse campo” (SILVA E CORGOZINHO, 2011, p. 12).

De fato, vivenciei essa carência, ao me deparar com uma demanda bastante diferenciada daquilo que fizera parte dos meus estudos da graduação em psicologia. As disciplinas eram mais voltadas a uma demanda clínica e elitizada, considerando de forma mais breve os conhecimentos sobre a atuação comunitária e as políticas públicas. Diante dessa dificuldade, precisei buscar referenciais da psicologia tradicional, muitas vezes, e adaptar ao contexto. Conforme Silva e Corgozinho (2011), é preciso fazer essa adequação do conhecimento psicológico, principalmente o da psicologia comunitária, para o campo da assistência social, como forma de base para a construção de referenciais para esse campo.

O CRAS se apresenta, então, como espaço de circulação de diversos sujeitos, ambientes e grupos, dotados de complexidade. “A Psicologia, não raro, se encontra habitada, então, por um abismo entre o saber acadêmico, adquirido na graduação e divulgado em livros e pesquisas, e a realidade vivida no cotidiano” (ANDRADE E ROMAGNOLI, 2010, p. 610). Além disso, Conforme Oliveira et al (2011, p. 141) “as exigências da Política Nacional de Assistência Social (...) para a prática profissional, o público-alvo e as demandas de trabalho são de tal forma estranhas à Psicologia que a necessidade de construção de novos referenciais de atuação é consensual”.

Quanto ao princípio de intersetorialidade, O CREPOP (2007) orienta que, em casos de identificação de demandas que requeiram ações não previstas como função da equipe do CRAS, outros pontos da rede devem ser acessados, “com vistas à efetivação dos direitos dos usuários a serviços de qualidade e à devida organização das ações promovidas pelas políticas públicas de Seguridade Social” (CREPOP, 2007, p. 30). Porém é sabido que esse livre diálogo entre os diferentes setores ainda se apresenta como um ideal. Durante minha vivência enquanto trabalhadora da assistência social, pude perceber que a intersetorialidade vem se construindo a passos lentos, pois depende de uma ampla gama de fatores, desde os organizacionais e burocráticos até aspectos partidários.

Oliveira et al (2011) reconhecem a complexidade e a dificuldade de mensuração da intersetorialidade nas políticas públicas (OLIVEIRA et al, 2011, p. 143). Afirmam que, mesmo dentro da política de assistência, há uma carência de serviços para encaminhamento de usuários, pois os próprios programas e projetos desenvolvidos por



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

esse setor, acabam por serem desenvolvidos dentro do próprio CRAS. Além disso, as autoras citam a raridade de existência de CREAS. “Isso pode prejudicar as diretrizes de referência e contrarreferência preconizadas na PNAS, além de sobrecarregar o CRAS como a única instituição que oferece algum serviço de proteção às famílias” (OLIVEIRA et al, 2011, p. 143). Essa situação assemelha-se à encontrada durante minha atuação no serviço, já que o município não conta com um CREAS, e a maioria dos projetos sociais estão vinculados diretamente ao CRAS. Dessa forma, até a equipe que atende ao projeto é a mesma que recebe as demandas no CRAS. Isso impede a possibilidade de desenvolver um trabalho linear, em que o CRAS seria responsável por serviços de prevenção e promoção, pois é preciso dar conta das demandas de média e alta complexidade também.

Além da diversidade de atribuições recebidas pela equipe do CRAS, ainda precisamos nos deparar com demandas vindas de outros setores de garantia de direitos. Conforme Oliveira et al (2011, p. 146) “são frequentes os casos de encaminhamentos para os CRAS feitos pelas promotorias da infância e da juventude e pelos Conselhos Tutelares e, até mesmo, denúncias da comunidade acerca de casos de violação de direitos”. O atendimento a esses casos, quando realizado, era devido à escassez de profissionais alocados nessas instituições. O estudo realizado por Oliveira et al (2011) confirma essa situação, e acrescenta que a aceitação dessa demanda por profissionais da psicologia pode se dar devido ao desconhecimento do trabalho do CREAS ou, ainda, por uma tendência dos profissionais de acatar como ordem os encaminhamentos vindos das instâncias jurídicas.

“O lugar da assistência social é percebido pela comunidade com descrédito, com o desinteresse de governantes e com a *troca de favores*, bem como local de escuta, apoio e laços sociais” (ANDRADE E ROMAGNOLI, 2010, p. 611). Penso que, ao passo que é um local de descuido por parte dos governantes e sociedade civil, se constrói enquanto um local de cuidado para as pessoas necessitadas. E aquelas demandas que surgem de lugares menos visíveis, e que geram menos repercussão política, muitas vezes são negligenciados por aqueles que ocupam lugares de poder. Com relação a isso, vivenciei diversas situações em que trabalhos deixaram de serem aceitos, com a alegação de não pertencerem à assistência social, apresentando-se mais uma vez a dificuldade de atuação intersetorial.

Andrade e Romagnoli (2010) perceberam em seu estudo sobre a psicologia nos espaços de atuação do CRAS, que no cotidiano da instituição existiam encontros



**III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria**

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

produtivos e potencializadores, mais do que apenas desafios e tensões. Assim, a assistência social pode se configurar como um espaço de enfrentamento de desafios antigos e novos, que perpassam nossa profissão desde que iniciou sua inserção nas políticas públicas (MACEDO et al, 2011). Mas também como um espaço novo, onde podemos dar forma a uma prática que será construída por nós, nesse período histórico. Dessa forma, “o lugar da Psicologia no CRAS se apresenta como um espaço fluido e, portanto, em permanentes modificações.” (ANDRADE E ROMAGNOLI, 2010, p. 616).

É importante reconhecer que ainda existe uma incongruência entre o que se almeja dos serviços de assistência social, e o que eles realmente estão podendo ofertar para a população. A própria psicologia que se propôs a fazer parte dessa política, ainda precisa dar alguns passos para a efetivação de uma prática acordada com a proposta desse novo campo de atuação. O processo de formação do profissional demanda a incorporação das temáticas sociais e de políticas públicas, como forma de atingir um espaço de familiarização da psicologia com os diversos setores, já que esse tem sido um destino bastante possível aos novos graduandos.

CONCLUSÃO

A psicologia, como saber recém inserido no campo da política pública de assistência social, parece estar passando por um período de adaptação. Os profissionais encontram dificuldades em reconhecer e ter reconhecida sua prática dentro de um campo de atuação que deve priorizar o sujeito em seu contexto social, comunitário e familiar. Por isso a psicologia passa por um processo de ressignificação, em que é preciso se desfazer das técnicas tradicionalmente aprendidas e utilizadas. Paralelo a isso, os espaços de formação acadêmica demandam a incorporação das políticas públicas em seus currículos, para, enfim, formar psicólogos minimamente preparados para um campo que, cada vez mais, solicita a participação da psicologia.

As dificuldades enfrentadas pelos profissionais psicólogos e psicólogas junto à assistência social, atualmente, são de diversas ordens. Desde uma incompreensão por parte dos demais serviços e trabalhadores sobre o lugar ocupado pela psicologia nessa política, até a dificuldade do próprio profissional em se reconhecer nesses espaços. Mas também se



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

deve considerar as potencialidades da nossa profissão diante da inserção em novos locais, e as possibilidades de ampliação do conhecimento e da prática psicológica.

Buscou-se, com esse trabalho, desenvolver uma discussão sobre a prática de trabalho da psicologia na assistência social, pois se considera a importância de levar para os espaços acadêmicos esse tipo de conhecimento, que ainda não está muito presente no campo teórico. Almeja-se, assim, uma forma de aproximar o estudante de psicologia das realidades das políticas públicas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Andrade, L. F. de; Romagnoli, R. C. **O psicólogo no CRAS**: Uma Cartografia dos Territórios Subjetivos. Psicologia Ciência e Profissão, 2010, 30 (3), 604-619
Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pcp/v30n3/v30n3a12.pdf> Acesso em 25 de maio de 2012.
- Brasil. Tapajós, L.; Crus, J. F. da; Albuquerque, S. A (Orgs). **SUAS**: Sistema único de Assistência Social. Brasília: Secretaria Nacional de Assistência Social, 2007. 40 p.
- Brasil. (2011). **Constituição da República Federativa do Brasil**: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988. Art. 196-200. Brasília, Senado Federal, Subsecretaria de Edições Técnicas, p. 54.
- Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas (CREPOP) (2007). **Referência técnica para atuação do(a) psicólogo(a) no CRAS/SUAS** / Conselho Federal de Psicologia (CFP). -- Brasília, CFP.
- Freire, L (2010). **A atuação dos psicólogos nos CRAS**. In: Psicologia Ciência e Profissão – Diálogos. Ano 7, n. 7. Brasília.
- Macedo, J. P. et al (2011). **O psicólogo brasileiro no SUAS**: quantos somos e onde estamos? Psicologia em Estudo, Maringá, v. 16, n. 3, p. 479-489. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-73722011000300015&script=sci_arttext
Acesso em 25 de maio de 2012.
- Oliveira, I. F.; Solon, A. F. A. C.; Amorim, K. M. O.; Dantas, C. M. B. (2011). **A prática psicológica na proteção social básica do SUAS**. Psicologia & Sociedade, 23(n. spe.), 140-149.



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Silva, J. V. da; Corgozinho, J. P. (2011). **Atuação do psicólogo, suas/cras e psicologia social comunitária**: possíveis articulações. *Psicologia & Sociedade*; 23(n. spe.), 12-21. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-71822011000400003&script=sci_arttext Acesso em 25 de maio de 2012.





III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

As possíveis associações entre estresse e estratégias de *coping* em docentes

Rodrigo Carvalho Carlotto ¹

¹ Universidade Federal de Santa Maria (UFSM)

Resumo

Este estudo investigou as possíveis associações entre estresse e estratégias de *coping* em docentes de uma escola da rede pública do município de Júlio de Castilhos-RS. Participaram da pesquisa 20 professores. Para avaliar os sintomas relativos ao estresse foi utilizado o Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (ISSL). Para avaliar as estratégias de *coping* foi aplicado o Inventário de Estratégias de *Coping* de Folkman e Lazarus. A coleta de dados foi realizada com os respectivos professores, após autorização da direção da referida instituição. Os dados foram analisados através de análises de correlação. Como pôde ser observado, os sintomas de estresse (das três fases) estiveram positivamente correlacionados entre si, como esperado. Verificou-se correlações negativas e moderadas de sintomas de estresse com estratégias de confronto, afastamento e autocontrole. Também foram constatadas correlações pequenas e positivas de sintomas de estresse com as estratégias de fuga.

INTRODUÇÃO

Em nossa sociedade o estresse converteu-se em um fenômeno relevante, assumindo cada vez mais, dimensões que afetam e condicionam o comportamento humano. No entanto, apesar da aparente contemporaneidade do termo, seu emprego é anterior ao século XIV. Originária do vocábulo inglês “stress”, sua tradução literal significa força ou tensão. O termo foi criado pelos físicos para expressar a quebra de uma estrutura, quando submetida a um esforço maior do que pudesse suportar (Carvalho, 2004).

Esse conceito foi alterando-se ao longo do tempo, começando a obter relevância no meio acadêmico. No início do século XX, a área da saúde começa a apropriar-se do referido fenômeno. Na década de 50, o endocrinologista canadense Hans Selye através da



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

obra “*A syndrome produced by diverse nocuous agents*”, introduz o conceito de estresse no campo da saúde (Pocinho & Capelo, 2009). Na ocasião, o estresse foi definido como a resposta não específica do corpo a qualquer estímulo (chamado estressor), implicando em um processo de adaptação que se manifestaria mediante compensação dos níveis hormonais (Pachol & Tamayo, 2004).

Desde então, muitas definições têm sido utilizadas para explicar o fenômeno. Para Lazarus e Folkman (1984), o estresse caracteriza-se pelo confronto permanente entre o indivíduo e o seu mundo exterior, onde a avaliação do sujeito determina se essa relação excede, ou não, as suas capacidades e se, eventualmente, coloca em causa o seu bem-estar. Já para McEwen (2007), o termo estresse consiste em um conjunto de situações de alarme e adaptação às condições ambientais, incluindo respostas de ordem fisiológica, psicológica e comportamental, que se manifestam em sujeitos submetidos à excessiva tensão.

Caso a tentativa de lidar com o elemento estressor seja bem-sucedida, o indivíduo depara-se com o chamado “eustress”. Nesse tipo de situação, o estresse constitui-se como um fator de desenvolvimento e de promoção de sentimentos de eficácia pessoal. Desse modo, quando confrontar-se, no futuro, com uma situação idêntica, apresentar-se-á mais confiante e terá maior probabilidade de solucionar o problema de forma eficaz. (Pinto, Lima & Silva, 2005).

No entanto, caso o sujeito não obtenha sucesso ou se porventura não possua as competências adequadas de manejar as exigências, surgem os sintomas relacionados ao mal-estar, nesse caso o indivíduo vivencia o chamado “distress” (Pocinho & Capelo, 2009). Essas situações de estresse, normalmente, acabam provocando efeitos perniciosos, afetando o organismo de modo geral. As respostas negativas mediante situações de tensão podem ser descritas, principalmente, através de três aspectos: 1) *psicossomáticos*: fadiga crônica, dor de cabeça constante, alterações do sono, perda de peso, dores musculares, alterações gastrointestinais; 2) *comportamentais*: uso abusivo de substâncias (caféina, álcool, fumo, psicofármacos), incapacidade de relaxar, superficialidade no contato com as pessoas, condutas violentas; 3) *emocionais*: distanciamento afetivo, tédio, impaciência, frustração, dificuldade concentração, sentimentos depressivos (Grassi, Daruy & Brietzke, 2008).



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Normalmente, frente aos elementos estressores, o indivíduo costuma desenvolver reações/respostas de adaptação. Esses recursos de enfrentamento frente a situações estressantes são denominadas estratégias *coping* (Noronha & Fernandez, 2008).

O conceito de *coping* emerge no século XIX associado à ideia de “defesa”, amplamente desenvolvida pela psicanálise. A partir da década de 60 do século XX, a definição de *coping* afasta-se do viés psicanalítico. O *coping* começa a ser identificado, como um conjunto de estratégias de enfrentamento de caráter consciente. Durante os anos 70 e 80, as investigações realizadas deixam de estar centradas exclusivamente no mundo interno da pessoa, passando a considerar também fatores ambientais (Antoniazzi, 1998).

Atualmente, o *coping* é concebido como o conjunto de estratégias utilizadas pelas pessoas para adaptarem-se a circunstâncias adversas (Gomes & Pereira, 2008). Esses recursos de cunho cognitivo e comportamental são usados pelos indivíduos fundamentalmente para o manejo de demandas emocionais excessivas (Mazon *et al.*, 2008).

As estratégias de *coping* podem ser classificadas, dependendo de sua função, em dois tipos: *coping* focalizado na emoção, e *coping* focalizado no problema. O *coping* focalizado na emoção é definido como um esforço para regular o estado emocional associado ao estresse. Por exemplo, tomar um tranqüilizante, fumar um cigarro, assistir a um programa agradável, sair para caminhar ou correr. A função destas estratégias é reduzir a sensação física desagradável de um estado de estresse. No Inventário de estratégias de *coping* de Folkman e Lazarus (1985), os itens relacionados com aspectos emocionais são agrupados nos fatores de *fuga/esquiva*, *confronto* e *afastamento* (Folkman *et al.*, 1985).

O *coping* focalizado no problema constitui-se em um esforço para atuar na situação que deu origem ao estresse, tentando mudá-la. A função dessa estratégia é alterar o problema existente na relação entre a pessoa e o ambiente que está causando a tensão. Quando dirigido para uma fonte externa de estresse, inclui, por exemplo, o desenvolvimento de estratégias de negociação para a resolução de conflitivas interpessoais. O *coping* focalizado no problema, e dirigido internamente, geralmente envolve processos de reestruturação cognitiva como, por exemplo, a redefinição do elemento estressor. De acordo com a proposta do Inventário de Folkman e Lazarus, os itens focalizados no problema estão agrupados nos fatores de *autocontrole*, *aceitação de responsabilidade*, *resolução de problemas*, *reavaliação positiva* (Lazarus, 1993).



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Quando associados ao mundo do trabalho, tanto estresse quanto *coping* assumem contornos ainda mais significativos, principalmente quando relacionados a certos ambientes profissionais. Certas ocupações apresentam uma maior probabilidade de envolvimento do elemento emocional. Estudos sugerem que cuidadores (por exemplo, enfermeiros), áreas marcadas pela ameaça de violência (por exemplo, policiais), e ocupações caracterizadas pela falta de controle em relação ao estresse (por exemplo, *call centers*) representam bem essa realidade (Johnson, 2009).

No entanto, quando se menciona o envolvimento de componentes emocionais, poucas profissões são tão acometidas quanto o magistério. Não é novidade referir que uma parcela significativa da classe docente padece de sofrimento psíquico e físico. Aspectos potencialmente estressores como baixos salários, escassos recursos materiais e didáticos, classes superlotadas, tensão na relação com alunos, excesso de carga horária, inexpressiva participação nas políticas e no planejamento institucional são uma marca constante dessa categoria (Zaffari *et al.*, 2009). Em virtude desse contexto, os educadores freqüentemente tem sido alvo de pesquisas, em grande parte direcionadas a pontos relativos ao bem e mal-estar do professor.

De acordo com a Organização Internacional do Trabalho (2007), a prática docente é concebida como uma profissão de risco, considerada uma das mais estressantes do contexto atual. É o que pode ser observado na pesquisa “Condições de trabalho e saúde dos trabalhadores nas instituições de ensino privado no Rio Grande do Sul, realizada pelo Diesat – Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes de Trabalho (Sinpro-RS, 2009). No referido estudo, 47% dos professores afirmam sentir-se constantemente esgotados e sob pressão.

O docente em seu universo laboral, possuindo diversas atribuições, está propenso a desencadear um processo de insatisfação, tanto profissional como pessoal. Nos planos econômico, emocional e comportamental os impactos nocivos do estresse são evidentes. Os prejuízos são significativos tanto para o professor quanto para a instituição escolar (Santini, 2004).

Essa situação tem causado grande preocupação para as autoridades e órgãos responsáveis pelo magistério. Nesse contexto, a identificação dos fatores geradores de estresse começa a obter destaque dentro do campo educacional. Cada vez mais objetiva-se compreender situações que possam atuar de forma positiva ou negativa na qualidade de



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

vida dos docentes. Da mesma forma busca-se identificar e analisar o conjunto de estratégias utilizadas pelos indivíduos para lidarem com demandas excessivas que exijam a ativação da resposta ao estresse (Sampaio, 2008).

OBJETIVO

Nesse sentido, foi realizado um estudo exploratório com o objetivo de avaliar as possíveis relações entre estratégias de *coping* e estresse. Medidas específicas de *coping* e estresse foram utilizadas. A idéia posta em prática foi identificar, quais habilidades que os respectivos professores utilizariam para enfrentar o estresse ocupacional no âmbito da prática docente.

MÉTODO

Participantes

Participaram do estudo 20 docentes de uma escola do município de Júlio de Castilhos-RS. Profissionais com média de idade de 31,67 anos ($dp= 7,3$), com uma amplitude que variou de 19 a 46 anos. Em sua totalidade mulheres. Dessas profissionais, 11 possuíam o ensino médio completo e 9 o curso superior.

Instrumentos

Para a coleta de dados foram administrados dois instrumentos:

(1) Inventário de Sintomas de Stress para Adultos- ISSL (LIPP, 2008): Utilizado em jovens acima de 15 anos e adultos, baseia-se no modelo quadrifásico do estresse, oriundo do modelo trifásico de Selye (1984). Fornece uma medida objetiva da sintomatologia do estresse. No total, o ISSL inclui 37 itens de natureza somática e 19 de psicológica, sendo os sintomas muitas vezes repetidos, diferindo somente em sua intensidade e seriedade.



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

(2) Inventário de Estratégias de *Coping* (Folkman & Lazarus, 1985): Adaptado por Savoia *et al.* (1996), o Inventário de Estratégias de *Coping* é composto por 66 itens, incluindo pensamentos e ações utilizadas para lidar com demandas internas ou externas de determinado evento estressante. Os autores propõem oito fatores classificatórios, os quais foram reorganizados e mantidos por Savóia e seus colaboradores. São eles: confronto, afastamento, autocontrole, suporte social, aceitação de responsabilidade, fuga e esquiva, resolução de problemas e reavaliação positiva. O Inventário, é composto por uma escala Likert de 4 pontos, que vai de 0 (não usei essa estratégia) até 3 (usei em grande quantidade).

Procedimentos

Os instrumentos foram administrados individualmente. Entrou-se em contato com a direção da escola, agendando-se as possíveis datas de realização da pesquisa. A aplicação dos instrumentos teve duração média de 25 minutos. Foram dadas explicações básicas sobre a pesquisa, salientou-se que os questionários seriam anônimos (sem identificação) e que a participação era voluntária. Os participantes foram informados dos objetivos da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS

Com o intuito de verificar possíveis relações entre sintomas de estresse e estratégias de *coping* foram realizadas análises de correlação de Pearson. Para fim das análises, foram considerados o número de sintomas de estresse referentes às fases de: alerta, resistência e exaustão. Como pode ser observado na Tabela 1, os sintomas de estresse (das três fases) estiveram positivamente correlacionados entre si, como esperado. Verificou-se correlações negativas e moderadas de sintomas de estresse com estratégias de confronto, afastamento e autocontrole. Também foram constatadas correlações pequenas e positivas de sintomas de estresse com a estratégia de fuga.



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria
“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

Tabela 1- Correlações entre sintomas referentes às fases de estresse e estratégias de *coping*.

*correlações significativas ao nível de $p < 0,01$

*correlações significativas ao nível de $p < 0,05$

Variáveis	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1-Sintomas da fase de alerta	-								
2-Sintomas da fase de resistência	0,72**	-							
3-Sintomas da fase de exaustão	0,65**	0,76**	-						
4-Fuga	0,17	0,21	0,33	-					
5-Confronto	-0,24	-0,40*	-0,34	-0,12	-				
6-Afastamento	-0,32	-0,43*	-0,40*	-0,04	0,58**	-			
7-Autocontrole	-0,46**	-0,51**	-0,51**	-0,43*	0,33	0,64**	-		
8-Aceitação de responsabilidade	0,18	0,10	-0,03	0,04	0,18	-0,11	0,02	-	
9-Resolução de problemas	0,27	-0,02	0,04	-0,27	0,06	-0,13	0,14	0,31	-
10-Reavaliação positiva	-0,11	0,74	-0,01	-0,18	0,01	-0,10	0,06	0,31	0,21

DISCUSSÃO

O desgaste cognitivo e emocional constituem-se em respostas ao estresse laboral, devido ao seu caráter desagradável o indivíduo tenta eliminar esse sentimento utilizando estratégias específicas. Diversos são os recursos utilizados para lidar com as demandas internas e externas de um evento estressante. Nesse sentido, o presente estudo teve por objetivo avaliar as relações de sintomas de estresse com as estratégias de *coping*. Após a análise estatística constatou-se algumas associações significativas entre essas variáveis, as quais serão apresentadas abaixo.

Verificou-se que os sintomas de estresse relacionados as fases de alerta, resistência e exaustão estão negativamente associados as estratégias de *coping* autocontrole, confronto e afastamento. Isto quer dizer que, à medida que o indivíduo faz uso das referidas estratégias, reduz sua carga de estresse.

A dimensão *autocontrole* caracteriza-se no domínio das emoções frente aos estímulos estressores. Ao utilizar essa estratégia, o sujeito age de uma forma não emotiva,



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

aparentando frieza e indiferença, ou seja, detém o controle de suas emoções. Ainda que apresente ressentimento com o evento, e vivencie interiormente todas as emoções características de uma situação conflitante, tende a evitá-las (Carvalho, 2004).

O fator *confronto*, caracteriza-se pela demonstração de sentimentos de insatisfação frente ao problema, extravasando emoções. Já, por sua vez, a dimensão *afastamento* consiste em distanciar-se psicologicamente da situação que remete ao estresse, evitando pensar na mesma, como forma de esquecê-la. Em outras palavras, é a tendência em considerar sem importância as situações que causam os conflitos (Zaffari *et al.*, 2009).

Os achados da presente pesquisa convergem com alguns estudos realizados na área. Jesus e Pereira (1994) em pesquisa realizada em Portugal, verificaram que os docentes inquiridos, que utilizavam significativamente mais estratégias de autocontrole apresentavam-se habitualmente mais adaptados ao contexto profissional e conseqüentemente menos estressados.

Carmona *et. al.* (2006) ao relacionarem sintomas de estresse e estratégias de enfrentamento perceberam que os educadores que utilizavam estratégias ativas ou diretas sobre o estressor, ou seja, confrontavam o estressor na tentativa de mudar o mesmo ou a si, possuíam menores níveis de *estresse*. Esteve (1999) coloca que a dimensão afastamento também foi identificada com uma estratégia positiva, desde que não utilizada acentuadamente, o uso dessa estratégia implicaria na redução dos aspectos relacionados com o estresse.

Além das referidas estratégias adaptativas de *coping*, através da pesquisa também foi constatada uma relação desadaptativa. Percebeu-se que os sintomas de alerta estiveram correlacionados positivamente com as estratégias de fuga. A estratégia de fuga/esquiva é manifesta pelo descompromisso mental com a situação de estresse, constituindo-se no descompromisso comportamental, ou seja, o indivíduo fantasia sobre a situação, mas não toma nenhuma atitude para modificá-la. Percebeu-se que os professores que faziam uso dessa estratégia apresentavam-se mais estressados. Em consonância com esse achado, Cooper e Kelly (1993) também constataram que os docentes que utilizavam estratégias de *coping* tidas como contraproducentes, de fuga e de tipo paleativo (por exemplo, usar álcool e tranqüilizantes) apresentavam uma maior tendência a mostrarem-se estressados.

Apesar dos indicativos de correlação, salienta-se a necessidade em aprofundar os resultados obtidos, tendo em vista que os mesmos não podem ser generalizados. Em



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

estudos posteriores faz-se necessária a utilização de amostras maiores e probabilísticas. Além disso, outras questões como a exploração de contextos educacionais variados, bem como o mapeamento de características individuais da personalidade dos avaliados são relevantes. Com o acréscimo dos referidos pontos pode-se ampliar a compreensão sobre esses fenômenos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As exigências colocadas aos trabalhadores pelas mudanças impostas pela vida contemporânea são geradoras de tensões e de desorientações, podendo constituir-se em fonte de sofrimento para esses. Consequentemente as pessoas que atuam nessas profissões, especialmente os professores, estão propensas a apresentar maior vulnerabilidade ao estresse

A categoria docente é uma das mais investigadas pela comunidade científica internacional e nacional. Um número significativo de estudos salienta que a classe dos educadores apresenta cada vez mais, níveis elevados de estresse. O caráter crônico dessa situação afeta de maneira considerável os aspectos físico e mental do professor.

Nesse sentido, o presente trabalho propôs-se analisar as possíveis relações entre estresse e estratégias de *coping*. As associações encontradas, especialmente entre estresse e estratégias de *coping* de confronto, afastamento e autocontrole fornecem um subsídio satisfatório para o aprofundamento da questão. Tal fato, além de dar espaço a algumas especulações, pode também se constituir em objeto útil para futuras pesquisas nesse campo.

REFERÊNCIAS

- Antoniazzi, A.; Dell' Aglio, D. & Bandeira, D. (1998) O conceito de *coping*: uma revisão teórica. *Estudos de Psicologia*, 3 (2), 273-294.
- Carmona, C.; Buunk, A.; Peiró, J. & Bravo, M.(2006) Do social comparison and coping styles play a role in the development of bournout? Cross- sectional anda longitudinal findings. *Journal of Occupational and Organizational psychology*, 79, 85-99.



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

- Carvalho, A.(2004) Estresse ocupacional docente: uma avaliação das estratégias que o professor faz uso para enfrentar o estresse do cotidiano profissional. *Psicologia e Educação*, 1, 05-18.
- Cooper, C.; Kelly, M.(1993) Occupational stress in head teachers: a national UK study. *British Journal of Educational Psychology*, Edinburg, 63, 130-143.
- Folkman, S., et al.(1986) Dynamics of a stressful encounter: Cognitive appraisal, coping, and encounter outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50(5), 992-1003.
- Gomes, R. M. S. & Pereira, A. M. S. (2008). Estratégias de *coping* em educadores de infância portugueses. *Psicologia Escolar e Educacional*, 12 (2)319-326.
- Grassi, R. O.; Daruy, L. F.. & Brietzke, E. (2008) Coping como função executiva. *Revista Psico*, 39 (3), 275-281.
- Jesus, S.; Pereira, A. (1994). Estudo das estratégias de coping utilizadas pelos professores. In: O componente da psicologia na formação e outros agentes educativos. Universidade de Évora, p. 253-268.
- Johnson, S. *et al.* (2009). A vivencia do stress relacionado ao trabalho em diferentes ocupações. In: ROSSI, Ana, QUICK, James & PERREWÉ, Pamela (Org.). **Stress e qualidade de vida no trabalho**. São Paulo: Atlas, p. 65-77.
- Lazars, R. (1993) Coping theory and research: past, present, and future. *Psychosomatic medicine*, 55 (3), 234-247.
- Mazon, V., Carlotto, M. & Câmara, S.(2008) Síndrome de Burnout e estratégias de enfrentamento em professores. *Arq.bras. psicol.*, 60 (1), 55-66.
- McEwen, B. (2007). Physiology and neurobiology of stress and adaptation: central role of the brain. *Physiological reviews*, 87 (3), 873-889.
- Noronha, A. P. & Fernandez, D.(2008). Estresse laboral: análise da produção científica brasileira na SciELO e BVS-Psi. *Fractal: Revista de Psicologia*, 20 (2), 12-22.
- Organização Internacional do Trabalho (2007). *A condição dos professores: um instrumento para a melhoria da condição dos professores*. Genebra: OIT/ Unesco.
- Paschoal, T. & Tamayo, A. (2004). Validação da escala de estresse no trabalho. *Estudos de Psicologia*, 9 (1), p. 45-52.
- Pinto, A. M., Lima M. L. & Silva, A.(2005) Como lidam os professores com o stress profissional? *Coping e burnout* profissional em professores portugueses. *Proformar*, v. 7 (5), 10-26.



III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e
IV Jornada Científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria

“Trabalhos integrados em Saúde: Desafios e Perspectivas”

- Pocinho, M. & Capelo, M. R.(2009). Vulnerabilidade ao stress, estratégias de *coping* e autoeficácia em professores portugueses. *Educação e Pesquisa*, 35 (2), 351-367.
- Sampaio, A.(2008). *Programa de apoio ao bem-estar docente: construção profissional e cuidar de si*. Dissertação de mestrado. Porto Alegre: Faculdade de Educação, PUC-RS.
- Santini, J. (2004). *A síndrome do esgotamento profissional: o “abandono” da carreira docente pelos professores de educação física da rede municipal de ensino de Porto Alegre*. Dissertação de mestrado. Porto Alegre: Faculdade de Educação Física, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- Savóia, M. G., Santana, P. R. & Mejias, N. P. (1996). Adaptação do Inventário de Estratégias de *coping* de Folkman e Lazarus para o português. *Psicologia USP*, 7 (1/2), 183-201.
- Sinpro-RS (2009). Educar, profissão de risco. *Revista Extra Classe- Caderno Especial*, 14 (134),1-10.
- Steve, J. (1999). Teacher stress: prevalence, sources and symptoms. *British Journal of Educational Psychology*, 2 (48), 159-167.
- Zaffari, N. T., Peres, V. L., Carlotto, M. S. & Camara, S. G. (2009). Síndrome de Bournout e estratégias de coping em professores: diferenças entre gêneros. *Psicologia IESB*, 1 (2), 1-12.