



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

**ANAIS DA
II JORNADA PSICOLOGIA E
SAÚDE**

Perspectivas Atuais de Intervenções em Saúde

**28 e 29 de Outubro de 2010
Santa Maria, RS, Brasil**



Universidade Federal de Santa Maria
Centro de Ciências Sociais e Humanas
Programa de Pós-Graduação em Psicologia
II Jornada Psicologia e Saúde
Perspectivas Atuais de Intervenções em Saúde



II JORNADA PSICOLOGIA E SAÚDE **Perspectivas Atuais de Intervenções em Saúde**

PROMOÇÃO

Programa de Pós-Graduação em Psicologia – PPGP

APOIO

Universidade Federal de Santa Maria – UFSM
Centro de Ciências Sociais e Humanas – CCSH

ORGANIZAÇÃO

Programa de Pós-Graduação em Psicologia – PPGP

LOCAL

Auditório do Centro de Ciências Sociais e Humanas – UFSM
Data: 28 e 29 de Outubro de 2010
Santa Maria, RS
Brasil



Universidade Federal de Santa Maria
Centro de Ciências Sociais e Humanas
Programa de Pós-Graduação em Psicologia
II Jornada Psicologia e Saúde
Perspectivas Atuais de Intervenções em Saúde



II JORNADA PSICOLOGIA E SAÚDE Perspectivas Atuais de Intervenções em Saúde

ANAIS

Comissão Organizadora dos Anais

Prof^a Dr^a Adriane Roso
Coordenadora

Moises Romanini
Valéri Pereira Camargo
Rodrigo Gabbi Polli
Organizadores



Universidade Federal de Santa Maria
Centro de Ciências Sociais e Humanas
Programa de Pós-Graduação em Psicologia
II Jornada Psicologia e Saúde
Perspectivas Atuais de Intervenções em Saúde



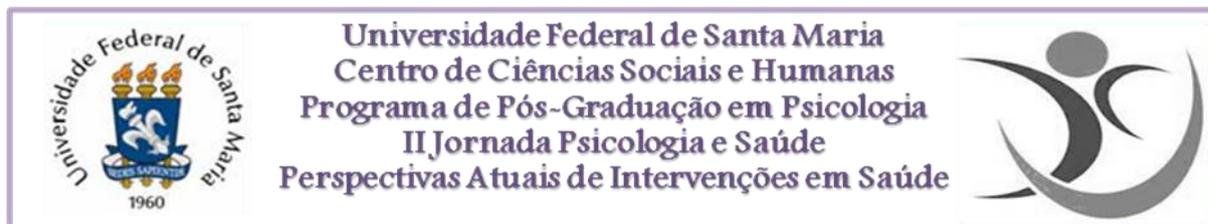
J82a Jornada Psicologia e Saúde : Perspectivas Atuais de Intervenções em Saúde (2. : 2010 : Santa Maria, RS) Anais / II Jornada Psicologia e Saúde : Perspectivas Atuais de Intervenções em Saúde, 28 e 29 de outubro de 2010 ; Adriane Roso coordenadora ; Moises Romanini, Valéri Pereira Camargo, Rodrigo Gabbi Polli organizadores. – Santa Maria : Universidade Federal de Santa Maria, Centro de Ciências Sociais e Humanas, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, 2010.

124 p.

1. Psicologia 2. Psicologia da Saúde 3. Saúde
4. Eventos I. Roso, Adriane II. Romanini, Moises
III. Camargo, Valéri Pereira IV. Polli, Rodrigo Gabbi
V. Título.

CDU 61:159.9(063)

Ficha catalográfica elaborada por Maristela Eckhardt CRB-10/737
Biblioteca Central - UFSM



COMISSÃO ORGANIZADORA

Presidente

Prof^a Dr^a Ana Cristina Garcia Dias

Vice-presidente

Prof^a Dr^a Dorian Mônica Arpini

Membros da Comissão

Prof^a Dr^a Adriane Roso
Ana Carolina Cademartori
Carina Teixeira Leite
Gênesis Marimar Rodrigues Sobrosa
Marisangela Spolaôr Lena
Moises Romanini
Naiana Dapieve Patias
Pascale Chechi Fiorin
Rodrigo Gabbi Polli
Valéri Pereira Camargo

Comissão Científica

Presidente

Prof^a Dr^a Adriane Roso

Membros

Moises Romanini
Rodrigo Gabbi Polli
Valéri Pereira Camargo

Pareceristas dos Resumos Expandidos

Prof^a Dr^a Adriane Roso
Ana Carolina Cademartori
Carlise Cadore
Caroline Rohde
Guilherme Corrêa
Letícia Saldanha de Lima
Marília Nascimento Engleitner
Marisangela Spolaôr Lena



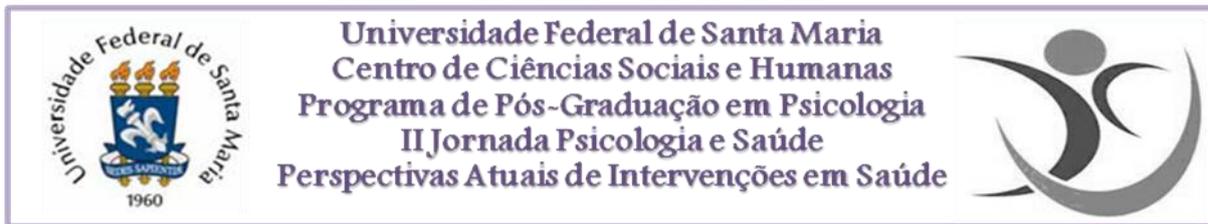
Universidade Federal de Santa Maria
Centro de Ciências Sociais e Humanas
Programa de Pós-Graduação em Psicologia
II Jornada Psicologia e Saúde
Perspectivas Atuais de Intervenções em Saúde



Moises Romanini
Naiana Dapieve Patias
Pascale Chechi Fiorin
Rodrigo Gabbi Polli
Valéri Pereira Camargo

Debatedores dos Trabalhos

Prof^a Dr^a Adriane Roso
Ana Carolina Cademartori
Carlise Cadore
Caroline Rohde
Guilherme Corrêa
Letícia Saldanha de Lima
Marília Nascimento Engleitner
Marisangela Spolaôr Lena
Moises Romanini
Naiana Dapieve Patias
Pascale Chechi Fiorin
Rodrigo Gabbi Polli



Apresentação

A Psicologia, de um modo geral, vem ampliando suas áreas de estudo e atuação, fato que tem gerado demandas pela construção de novos conhecimentos para atender a essas novas necessidades. A Psicologia da Saúde é uma área emergente na Psicologia, que busca desenvolver conhecimentos e técnicas psicológicas direcionados aos cuidados da saúde e da doença, ao estudar os diferentes processos que envolvem a promoção e manutenção da saúde, assim como a prevenção e o tratamento das doenças.

Neste sentido, vemos que essa área apresenta vários campos de atuação, em diferentes contextos, a exemplo dos hospitais (lócus privilegiado nas ações em saúde/doença), das Unidades Básicas de Saúde – UBS (trabalhos nos níveis de prevenção, promoção e assistência em saúde), Organizações Não Governamentais – ONGs, escolas e outras instituições da comunidade (que buscam trabalhar com conhecimentos e práticas em saúde). Esse conjunto de atuações requer que se aprofundem os conhecimentos e as técnicas que permitam um melhor atendimento a população.

No ano de 2008 foi criado junto ao Departamento de Psicologia da Universidade Federal de Santa Maria, o Mestrado em Psicologia – Área de Concentração – Psicologia da Saúde, com o objetivo de suprir uma demanda de formação continuada na região. No projeto político pedagógico do programa encontramos um dos seus principais objetivos que faz a interface com o desenvolvimento dessa Jornada “**Perspectivas Atuais de Intervenções em Saúde**”: *“o curso se propõe a desenvolver o aprofundamento na compreensão dos problemas de saúde. (...). Dessa forma, enfrentando o desafio de superar as dificuldades que toda realidade apresenta por ser dinâmica, este curso procurará através da discussão, dos trabalhos de pesquisa e de intervenções clínicas trazer novos conhecimentos, recursos técnicos que respondam aos anseios e as demandas de nossos mestrandos e os tornem mais preparados para enfrentar a prática profissional.”*

Essa II Jornada do Programa de Pós-graduação em Psicologia, intitulada “**Perspectivas Atuais de Intervenções em Saúde**” busca além de oferecer um novo espaço para apresentação e discussão de pesquisas e trabalhos de extensão em saúde, dar uma continuidade a uma proposta do Programa de abertura e interlocução com a comunidade. Desta forma, esperamos que todos possam aproveitar os temas abordados.

Professora Dr^a Ana Cristina Garcia Dias
Presidente da Comissão Organizadora
Professora Dr^a Dorian Monica Arpini
Vice-Presidente da Comissão Organizadora



PROGRAMAÇÃO DO EVENTO

Dia 28 de outubro - Quinta-feira

8:00 – 8:30 CREDENCIAMENTO e Fixação de pôsteres selecionados para 1º dia

8:30 as 9:00 - Solenidade de Abertura

9:00 as 10:00 – Conferência de Abertura :

Desafios atuais nas Políticas Públicas de Saúde - Prof. Dr. Henrique Caetano Nardi

Coordenador do Programa de Pós-graduação de Psicologia Social e Institucional da UFRGS

10:00 às 10:30 Intervalo

10:30 às 12:00 –Mesa - Situações de Vulnerabilidade e Trabalho em Saúde

Prof. Dra. Simone dos Santos Paludo – FURG

Prof. Dra. Aline Cardoso Siqueira – UNIFRA

12:00 às 13:00 ALMOÇO

13:00 às 14:00 – Apresentação de Posters

14:00 às 15:30 -Mesa – A promoção da saúde através do estudo da parentalidade

Prof. Dra. Caroline Rossato Pereira – UFSM-ULBRA/Santa Maria

Prof. Dra. Ana Cristina Garcia Dias – PPGP-UFSM

15:30 às 16:00 – Intervalo

16:00 às 17:30 – Mesa – Questões de Gênero no Trabalho em Saúde

Prof. Dra. Stela Maris de Mello Padoin – PPGENF/UFSM

Prof. Maria Celeste Landerdahl – Depto Enf./UFSM

Dia 29 de outubro - Sexta-feira

8:00 – 8:30 CREDENCIAMENTO e Fixação de pôsteres selecionados para 2º dia

08:30 às 10:00 – Mesa - Fatores de Risco e Saúde

Prof. Dra. Ana Paula Ramos de Souza –

PPGDCH/UFSM

Prof. Dra. Daniela Centenato Levandowski – UFCSPA

10:00 às 10:30 - Intervalo

10:30 às 12:00 – Mesa Redonda – Educação e Saúde

Prof. Dra. Maria Teresa Aquino de Campos Velho –

Curso de Medicina/UFSM

Prof. Dra. Marcia Keske-Soares - PPGDCH /UFSM

12:00 às 13:00 Almoço

13:00 às 14:00 – Apresentação de Posters

14:00 às 15:00 – Conferência – Saúde Mental e Violência

Prof. Dr. Gabriel José Chittó Gauer – PPGP-PUCRS

15:00 às 16:00 – Conferência – Saúde Mental e Uso de Substâncias

Prof. Dr. Arnaldo Toni Sousa das Chagas - ULBRA

16:00 às 16:30 – Intervalo

16:30 às 17:50 – Conferência de Encerramento Intervenções de Saúde

Prof. Dr. Maria Geralda Viana Heleno

Coordenadora do Programa de Pós-graduação em Psicologia da Saúde da Universidade Metodista de São Bernardo do Campo



Universidade Federal de Santa Maria
Centro de Ciências Sociais e Humanas
Programa de Pós-Graduação em Psicologia
II Jornada Psicologia e Saúde
Perspectivas Atuais de Intervenções em Saúde



RESUMOS EXPANDIDOS



Direitos Autorais

Os conceitos e opiniões emitidos nos artigos são de responsabilidade exclusiva dos autores.

A reprodução na íntegra não é permitida, por qualquer modo ou meio, sem prévia autorização por escrito. Citações parciais são permitidas desde que mencionada a referência completa da fonte:

ROSO, A., ROMANINI, M., POLLI, R. G. & CAMARGO, V. P. (ORGS.). (2010). Anais da **II Jornada Psicologia e Saúde**. Perspectivas Atuais de Intervenções em Saúde. Santa Maria: Universidade Federal de Santa Maria – UFSM e Programa de Pós-Graduação em Psicologia.

Para reproduções contatar: ppgp.ufsm@gmail.com



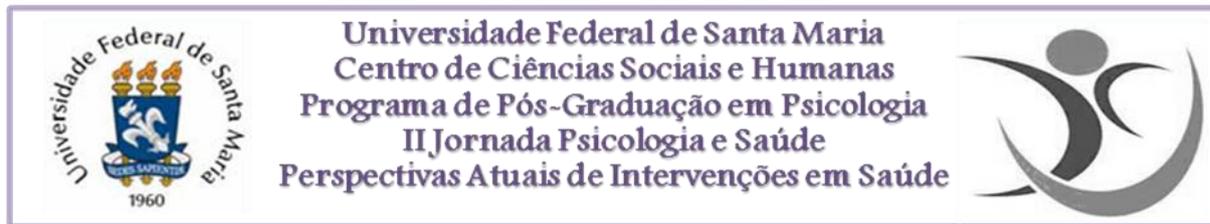
ÍNDICE DOS RESUMOS

O AMAMENTAR E A MULHER CONTEMPORÂNEA	14
BEBÊS EM RISCO: O USO DOS INDICADORES DE RISCO PARA O DESENVOLVIMENTO INFANTIL (IRDIS).....	18
EXPERIÊNCIAS E CONVIVÊNCIAS NO CONTEXTO DO HIV/AIDS: O DISCURSO DE FAMILIARES/CUIDADORES	22
INTERNAÇÃO DOMICILIAR E INTERNAÇÃO HOSPITALAR: SEMELHANÇAS, VANTAGENS E DESVANTAGENS PARA O PACIENTE.....	27
RISCO DE AUTISMO: POSSIBILIDADE DE DETECÇÃO PRECOCE.....	31
HUMANIZAÇÃO: UM CONCEITO EM CONSTRUÇÃO?.....	35
A BRINQUEDOTECA E SUAS POSSIBILIDADES NA CONSTRUÇÃO DE UM AMBIENTE SAUDÁVEL	38
PSICOLOGIA SOCIAL CRÍTICA: CONTRUINDO ESPAÇOS DIALÓGICOS NO FAZER PESQUISA	43
UMA POLÍTICA SOCIAL NA AREA DA SAÚDE	48
ANÁLISE DA VIOLÊNCIA DE UMA FAMÍLIA ATRAVÉS DA TEORIA BIOECOLÓGICA DO DESENVOLVIMENTO HUMANO	51
POSSÍVEIS INTERVENÇÕES DA PSICOLOGIA HOSPITALAR EM PACIENTES DA MASTOLOGIA DO HUSM.....	56
A CLÍNICA DA LOUCURA: O PAPEL DOS ESTÁGIÁRIOS DE PSICOLOGIA EM UM CAPS INFANTIL.....	60
FAMÍLIAS: A CONVIVÊNCIA COM AS PERDAS ANTECIPADAS	64
A MULHER CONTEMPORÂNEA E O DESEJO DE TER FILHOS	68
O QUE A FUNÇÃO FRATERNA TEM A DIZER SOBRE A DEMOCRACIA NO BRASIL	73
CONSIDERAÇÕES SOBRE MULHERES E HIV/AIDS: UM RELATO EMPÍRICO	78
OS CUIDA-DORES: QUALIDADE DE VIDA E CARACTERÍSTICAS RELACIONAIS DE PAIS E/OU MÃES DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES USUÁRIAS DE UM CAPSI	81
UM ESTUDO SOBRE PARENTALIDADE: CONSIDERAÇÕES ACERCA DA IDENTIDADE EM PAIS DE “PRIMEIRA VIAGEM”	85
FAMÍLIA E USO E DROGAS: VISÕES POSSÍVEIS	89
SERVIÇO DE PSICOLOGIA JUNTO À UNIDADE SANITÁRIA KENNEDY	93
OS PROFISSIONAIS DA PSICOLOGIA NO ÂMBITO DA SAÚDE MENTAL.....	98
SIGNIFICADOS ATRIBUÍDOS À INSUFICIÊNCIA RENAL	103
PSICOLOGIA E COMUNIDADE: EXPERIÊNCIA NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA.....	108
FORMAS SIMBÓLICAS NA MÍDIA ESCRITA: ESBOÇO DE UMA ANÁLISE QUANTITATIVA.....	113
O ESTRESSE NAS NOVAS CONFIGURAÇÕES DO MUNDO DO TRABALHO	117
UMA EXPERIÊNCIA DE (DES)CONFIGURAÇÃO EM CLÍNICA SOCIAL	121



ÍNDICE DE AUTORES

Adelise Salvagni, 38
Adriane Roso, 22, 43, 78, 113
Alberto Manuel Quintana, 27, 38, 56, 94, 103
Alex Monaiar, 113
Aline Zuchetto, 117
Ana Paula Ramos de Souza, 18, 31
Beatriz Teixeira Weber, 78
Bruna Maria Corazza Martins, 38
Camila dos Santos Gonçalves, 35, 78
Camila Gonçalves, 89
Carolina Fernandes de Castro, 56
Caroline Corrêa, 117
Caroline Lúcia Cantarelli Rohde, 64
Caroline Rohde, 117
Catheline Rubim Brandolt, 14
Clara Medeiros Veiga Ramires Monteiro, 68
Clarissa De Antoni, 51
Cristina Saling Kruel, 14
Daniela Orsato, 43
Danielle da Costa Souto, 14
Dorian Mônica Arpini, 93, 94, 98
Eduardo Tomm, 60
Elaine Ramos Bitelbron, 14
Eliane B. Rodrigues, 89
Fernanda Altermann Batista, 51
Fernanda Pires Jaeger, 108
Fernanda S. Macedo, 113
Fernanda Steffen Culau, 60, 81
Francine Ziegler Leal, 48
Héctor Omar Ardans-Bonifacino, 85
Hericka Zogbi Jorge Dias, 60, 81
Jamilie Mateus Wiles, 93
Juliana Cantele, 98
Laura Anelise Faccio Wottrich, 60
Liriani Freitas, 108
Lisiane Lopes Machado, 38
Luciane Beltrami, 18, 31
Luciara Itaquí, 73
Maria de Lourdes Denardin-Budó, 27
Mariana Rodrigues Flores, 18, 31
Marília do Nascimento Engleitner, 121
Marília P. Bianchini, 113
Marisangela Spolaôr Lena, 60, 81



Maristela Jaqueline Reis Peixoto, 60, 81
Maurício M. Moraes, 43
Moises Romanini, 113
Mônica Angonese, 113
Natália de Andrade de Moraes, 27
Nilve Junges, 38
Paula Argemi Cassel, 60, 81
Paula Emanuelli Antonelli, 35
Paula Vargas Pacheco, 64
Rodrigo Gabbi Polli, 3, 5, 6, 93
Rosinéia L. Gass, 43
Sabrina Dal Ongaro Savegnago, 93
Silvio Iensen, 73
Stefanie Griebeler Oliveira, 27
Stella Padoim, 22
Suyane Oliveira Tavares Rodrigues, 14
Taiane Klein dos Santos Weissheimer, 103
Taianny Ribeiro Bastos, 108
Tatiele Jacques Bossi, 85
Thiago dos S. Alves, 43
Vagner de Magalhães Silva, 113
Valéri Pereira Camargo, 38, 56
Vanessa Limana Berni, 22

O AMAMENTAR E A MULHER CONTEMPORÂNEA

Danielle da Costa Souto; Cristina Saling Kruehl; Elaine Ramos Bitelbron; Catheline Rubim Brandolt; Suyane Oliveira Tavares Rodrigues

Centro Universitário Franciscano – UNIFRA

RESUMO

Hoje em dia existem muitas campanhas a favor da amamentação, incentivando as mulheres para que a coloquem em prática. O aleitamento materno além de ter um aspecto fisiológico importante, também tem um fator psicológico e sociocultural. Pensando nisso, buscou-se realizar uma revisão teórica englobando os principais autores da psicologia que fazem referências ao significado da amamentação para a mulher contemporânea. Pode-se dizer que, para a mulher, a amamentação está atrelada a fatores positivos e negativos, a saber, a maior ligação afetiva entre ela e a criança e a limitação no desempenho de suas funções, incluindo o cuidado com o seu próprio corpo. Ainda cabe destacar que muitas mulheres deixam de amamentar seus filhos antes dos seis meses de idade por falta de informações ou pelo surgimento de tais sentimentos ambivalentes. Para concluir, cabe ressaltar que cada mulher vivencia a amamentação de forma individualizada. E que cada mulher está atravessada por discursos históricos e sociais de que para ser uma boa mãe e exercer a maternidade, ela tem o dever e responsabilidade de amamentar o seu filho.

Palavras-chave: Amamentação; Maternidade; Mulher.

INTRODUÇÃO

Badinter (1985) assinala que, ainda hoje, muitos vêem o amor da mãe por seu filho como instintivo, natural e inevitável, no qual a função materna é evocada como uma vocação ou sacrifício, ou seja, a sociedade cobra da mulher o amor materno. Pensando nisso, muitas mulheres podem se posicionar em conformidade com a concepção da sociedade sobre o processo da amamentação. Estando a amamentação atrelada a cultura, para Almeida e Novak (2004) a sociedade passa a responsabilizar unicamente a mulher por esta tarefa, imputando-lhe culpa pelo desmame precoce que, por conseguinte, é associado a prejuízos à saúde de seu filho.

O leite materno é fundamental para a saúde das crianças nos seis primeiros meses de vida, por ser um alimento completo, e importante para o vínculo afetivo entre mãe e filho (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002). Porém, atualmente, a mulher desempenha muitos papéis sociais, como por exemplo, as atividades que realiza no trabalho e no lar e, sendo mãe de um pequeno bebê, ainda tenta conciliar com a amamentação. Tantas atividades podem trazer sobrecarga física e emocional para ela e alcançar tranquilidade para amamentar não é uma tarefa fácil (ARANTES, 1995). Considerando tais aspectos, o presente trabalho tem como objetivo discutir sobre significado da amamentação para a mulher contemporânea.

MÉTODO

Foi realizada uma revisão teórica através de artigos e livros publicados pelos principais autores da psicologia que discutem sobre a amamentação e o seu significado para a mulher na atualidade.

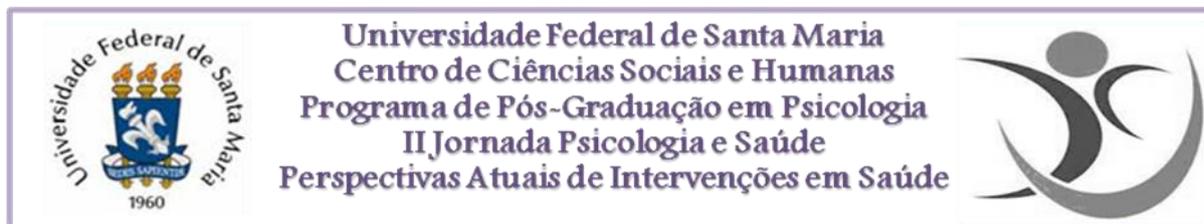
RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amamentação não está somente relacionada ao ato biológico, pois é também uma prática social. Conforme Silva (1990) citado por Almeida e Araújo (2007), o aleitamento materno é um comportamento social mutável, ou seja, pode variar conforme as épocas e os costumes, e a sua prática ou a recusa, raramente, é um ato individualmente consciente, estando preso à aprovação do seu grupo social. Na concepção social, o aleitamento materno pode configurar-se como fardo ou desejo. Dado que a escolha pela amamentação se desenvolve dentro de um contexto sociocultural, a sua prática é, portanto, influenciada pela cultura, pelas crenças e tabus próprios daquele contexto.

De um modo geral, a sociedade relaciona o aleitamento ao amor materno, porém, a mulher que amamenta pode se confrontar com sentimentos que não condizem com os pré-estabelecidos e aceitos socialmente, passando a vivenciar conflitos, e sem ter compreensão sobre eles passa a expressá-los na forma de ansiedade e culpa. O nervosismo, o estresse e a ansiedade interferem diretamente na amamentação como ato biológico, fazendo com que ocorra a diminuição ou bloqueando a produção de leite. Diante disto, existem muitos manuais que incentivam o aleitamento materno, fornecendo informações e orientações para que a mulher permaneça tranqüila e relaxada ao amamentar seu filho (ARANTES, 1995). Apesar dos esforços das campanhas nacionais de incentivo a amamentação, observa-se que as mulheres não têm o suporte necessário para sanarem suas dúvidas e vivenciarem esta experiência de maneira mais tranqüila.

O papel de mãe implica em dedicação total à satisfação das necessidades da criança, o que causa uma série de mudanças no cotidiano da mulher, que tem que organizar e dividir o seu tempo, priorizando sempre a criança, pois a esse papel somam-se outros, gerando uma sobrecarga que carece de ser dividida. Porém, nem sempre a mulher encontra apoio, gerando uma necessidade de encontrar mais tempo para cuidar de si, ou para se dedicar a outros aspectos de sua vida cotidiana, e não estar centrada apenas na criança e na amamentação (SHIMODA; SILVA, 2009). Percebeu-se que, de um modo geral, as mulheres atrelam a amamentação ao significado de ser uma boa mãe e prover o melhor para o bebê (NAKANO, 2003). Ainda assim, embora considerem o leite materno a melhor opção para alimentar a criança, muitas acabam não amamentando. Mesmo aquelas que se submetem à rotina assistencial, estabelecida pela política estatal como base para o êxito na amamentação, costumam desmamar seus filhos antes do quarto mês de vida. Além disso, apesar de as mães valorizarem o leite materno, podem não se sentir seguras a ponto de adotá-lo como único alimento durante o período em que ele é indicado (SOARES et al, 2000). A ausência de um apoio afetivo familiar colabora, em alguns casos, para o abandono do aleitamento materno exclusivo, evidenciando a influência familiar nas decisões maternas relacionadas ao rumo da amamentação (SHIMODA; SILVA, 2009).

As informações e as práticas inadequadas dos profissionais de saúde também têm influência negativa no estabelecimento e manutenção do aleitamento materno. Além disso, o reducionismo biológico e os mitos relacionados à amamentação também são encontrados na prática profissional, o que dificulta a adesão à prática de lactação (NAKANO et al, 2007).



Logo, o acolhimento da mulher que amamenta pelos profissionais de saúde é fundamental para a empatia e, conseqüentemente, para a formação de vínculo, o qual permitirá a mulher relatar suas queixas, dúvidas, medos e ansios vivenciados durante o aleitamento materno, assegurando uma atenção mais resolutiva a favor da amamentação (SECRETÁRIA DE ATENÇÃO À SAÚDE, 2005).

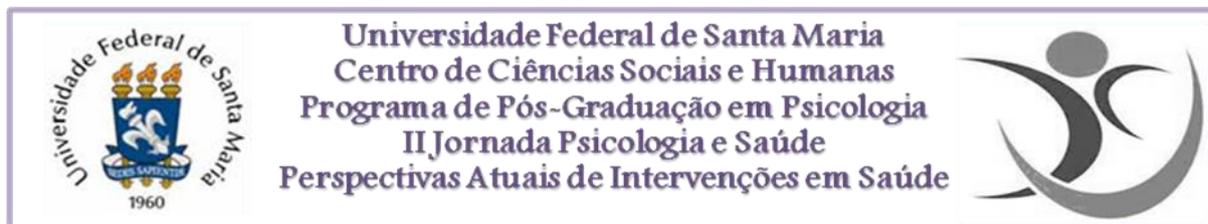
CONCLUSÕES

Ao se referirem à amamentação, as mulheres comumente, demonstram que essa prática está carregada de aspectos positivos e negativos. O esforço físico da mulher, a fadiga, a limitação no desempenho de suas funções, incluindo o cuidado com o seu próprio corpo, e a difícil conciliação entre o exercício da sexualidade e a amamentação são vistos de forma negativa (ARANTES, 1995). Elas também expressam o sentimento de solidão e isolamento, e precisam de apoio para conseguir amamentar, demonstrando a necessidade de auxílio externo. Já o contato físico tende a ser prazeroso para a mulher, uma vez que possibilita maior ligação afetiva entre ela e a criança (ALMEIDA; RAMOS, 2003).

Para finalizar, cabe ressaltar que cada mulher vivencia a amamentação de forma única, individualizada e própria. A mulher está atravessada por discursos históricos e sociais de que para ser uma boa mãe e exercer a maternidade, ela tem o dever e responsabilidade de amamentar o seu filho. Portanto, torna-se importante autorizar as mulheres na tomada de decisão sobre amamentar seus filhos, e esta decisão está atrelada a história de vida de cada uma, suas condições físicas, fatores culturais e o contexto social.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, J. A. G.; ARAUJO, R. M. A. Aleitamento materno: o desafio de compreender a vivência. **Revista de Nutrição**. Campinas, v. 20, n. 4, p. 431-438, 2007.
- ALMEIDA, J. A. G.; NOVAK, F. R. Amamentação: um híbrido natureza-cultura. **Jornal de Pediatria**, v. 80, n. 5, 2004.
- ALMEIDA, J. A. G.; RAMOS, C. V. Alegações maternas para o desmame: estudo qualitativo. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 79, n. 5, p. 385-390, 2003.
- ARANTES, C. I. S. Amamentação – visão das mulheres que amamentam. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 71, n. 4, p. 195-202. 1995.
- BADINTER, E. **Um amor conquistado: o mito do amor materno**. 3a. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1985.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Política de Saúde. Organização Pan Americana da Saúde. **Guia alimentar para crianças menores de dois anos**/Secretaria de Políticas de Saúde, Organização Pan Americana da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
- BRASIL. SECRETÁRIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. **Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
- NAKANO, A. M. S. As vivências da amamentação para um grupo de mulheres: nos limites de ser “o corpo para o filho” e ser “o corpo para si”. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 355-363, 2003.
- NAKANO, A. M. S. et al. O espaço social das mulheres e a referência para o cuidado na prática da amamentação. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, n. 15, v. 2, p. 230-238, 2007.



SOARES, N. T. et al. Padrão alimentar de lactentes residentes em áreas periféricas de Fortaleza. **Revista de Nutrição**, v. 13, n. 3, p.167-176, 2000.

SHIMODA, G. T.; SILVA, I. A. Necessidades de saúde de mulheres em processo de amamentação. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 63, n. 1, p. 58-65, 2010.

BEBÊS EM RISCO: O USO DOS INDICADORES DE RISCO PARA O DESENVOLVIMENTO INFANTIL (IRDIs)

Luciane Beltrami; Mariana Rodrigues Flores; Ana Paula Ramos de Souza

Universidade Federal de Santa Maria - UFSM

RESUMO

Os Indicadores de Risco para o Desenvolvimento Infantil (IRDIs) foram estabelecidos a partir de uma pesquisa multicêntrica de caráter longitudinal, realizada de 2000 a 2008, envolvendo nove capitais brasileiras. Esta pesquisa fundamentou-se em pressupostos da teoria psicanalítica, na qual avalia a relação mãe/bebê buscando a instalação da função materna e paterna (funções de Outro primordial para o bebê) e, conseqüentemente, do surgimento do sujeito. A metodologia utilizada foi um levantamento nas bases de dados científicos e revisão de literatura acerca dos IRDIs. A pesquisa resultou em 18 indicadores clínicos de referência da constituição da subjetividade, cuja ausência sugere a possibilidade de alteração de desenvolvimento ou na estruturação psíquica. Baseado nisso, este estudo busca divulgar o instrumento a fim de que possa ser usado pelos profissionais da saúde envolvidos com os cuidados da infância para detectar precocemente os índices de risco para desenvolvimento infantil, incluindo transtornos psíquicos, pois somente assim será possível realizar-se uma intervenção precoce.

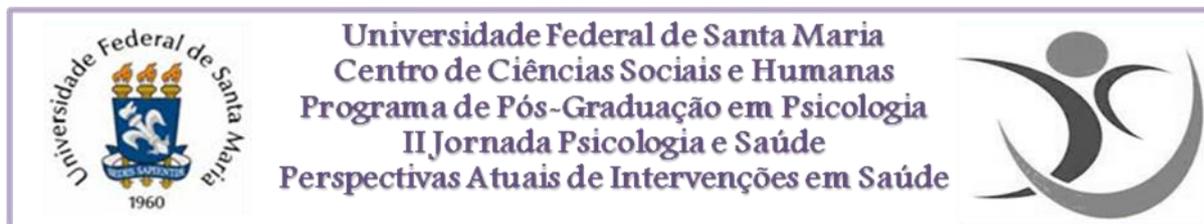
Palavras-chave: IRDIs; Bebê; Profissionais da saúde.

INTRODUÇÃO

Recentemente, entre o ano de 2000 e 2008, realizou-se um estudo, de abrangência nacional, que implementou uma importante pesquisa para o estabelecimento de índices de risco para o desenvolvimento infantil possibilitando o acompanhamento precoce de casos em que há uma suspeita de problemas na estruturação psíquica e no desenvolvimento do bebê (KUPFER, 2008; LERNER; KUPFER, 2008).

Essa pesquisa de criação e validação dos indicadores de risco para o desenvolvimento foi denominada de Pesquisa Multicêntrica, a qual foi realizada em nove capitais brasileiras e colocou a Psicanálise em um lugar bastante importante no campo da ciência positivista, pois criou um instrumento padronizado a partir de elementos fenomínicos que o psicólogo, dedicado a Psicanálise, já costumava observar nos atendimentos com as crianças. Contudo os IRDIs buscam ir além, avaliar crianças ainda bebês, sobretudo, serem avaliados por outros profissionais além do psicólogo, o pediatra, o enfermeiro, o fonoaudiólogo, etc.

Os IRDIs avaliam a criança no período de 0 a 36 meses, uma vez que, a partir dos pressupostos psicanalíticos, acredita-se que as bases da saúde mental se estabelecem nos primeiros anos de vida e são dependentes das relações corporais, afetivas e simbólicas que se estabelecem entre o bebê e a mãe, enquanto função materna. É a partir dessa relação primordial que o bebê é inserido na cultura e constrói sua subjetividade, portanto, falhas nesse



processo podem ocasionar transtornos psíquicos do desenvolvimento infantil e/ou outros problemas do desenvolvimento.

O grupo de psicanalistas que criou os IRDIs fundamentou-se nos anos de experiência com a clínica de crianças com transtornos graves do desenvolvimento, como autismo e psicose infantil, nos quais puderam observar que, na maioria dos casos, os pais já percebiam desde muito cedo um estranhamento em relação ao bebê, sendo possível criar signos de alerta para risco de possíveis transtornos.

Diante disso, o estudo tem o intuito de divulgar aos profissionais da saúde os IRDIs a fim de que estes ampliem seu alcance sendo utilizados durante as consultas dos profissionais que se dedicam aos bebês, já que muitos estudos têm mostrado que a idade no início do tratamento - intervenção precoce - é fundamental para sua melhor evolução. Indubitavelmente que não se pretende que os profissionais detenham-se a diagnosticar bebês, já que se está falando apenas em “risco”, mas sim, que esse instrumento possa ser utilizado como um dispositivo de alerta para os profissionais da saúde, principalmente para aqueles que não se permitam ver mais do que o registro biológico na criança.

MÉTODO

A metodologia utilizada consistiu em uma revisão de literatura, em artigos, revistas e livros, bem como, de um levantamento nas bases de dados LILACS, SciELO, Google Acadêmico e Bireme, buscando-se pesquisas e artigos acerca dos Indicadores de Risco para o Desenvolvimento Infantil (IRDIs).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nos primeiros anos de vida a criança depende, corporalmente e afetivamente, para sobreviver, de um adulto, de um Outro assegurador que estabeleça com ela relações corporais, afetivas e simbólicas porque, para que possa construir-se subjetivamente, necessita de um eixo organizador do desenvolvimento humano. Dessa forma, fraturas nesse processo de constituição da subjetividade podem ocasionar transtornos psíquicos que normalmente não são detectados precocemente (PESQUISA MULTICÊNTRICA DE INDICADORES CLÍNICOS PARA A DETECÇÃO PRECOCE DE RISCOS NO DESENVOLVIMENTO INFANTIL, 2003).

Kupfer e Voltolini (2005) expõem que os indicadores foram construídos fundamentados em eixos teóricos definidos a partir de um modo de conceber a constituição do sujeito pela psicanálise sobre as diferentes operações psíquicas que se estabelecem na primeira infância. Das interações entre mãe e filho, destacaram-se observações significativas dos diferentes tempos, nos quais estão em jogo a construção da imagem corporal, do circuito pulsional e da inscrição simbólica, para determinar o que seria esperado em cada período da constituição do sujeito (KUPFER; VOLTOLINI, 2005).

Diante disso, a Pesquisa Multicêntrica criou inicialmente 31 indicadores clínicos que obedeciam a quatro pontos de referência da constituição da subjetividade: a suposição de um sujeito, o estabelecimento de demanda da criança, a alternância entre presença-ausência por parte da mãe e presença de função paterna (alteridade). Após as análises estatísticas os autores chegaram a 18 itens relevantes estatisticamente, cuja ausência sugere a possibilidade de alteração de desenvolvimento e quatro itens que são altamente sugestivos de alteração na estruturação psíquica (KUPFER, 2008; LERNER; KUPFER, 2008).

Os índices validados como significativos para serem utilizados pelos profissionais, conforme a Pesquisa multicêntrica de indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil (PESQUISA MULTICÊNTRICA DE INDICADORES CLÍNICOS DE RISCO PARA O DESENVOLVIMENTO INFANTIL, 2008) estão no quadro abaixo:

0-4meses	4-8meses	8-12meses	12-18meses
1- Quando a criança chora ou grita, a mãe sabe o que ela quer. 2- A mãe fala com a criança num estilo particularmente dirigido a ela (manhês). 3- A criança reage ao manhês. 4- A mãe propõe algo à criança e aguarda a sua reação. 5- Há trocas de olhares entre a criança e a mãe.	6- A criança utiliza sinais diferentes para expressar suas diferentes necessidades. 7- A criança reage (sorri, vocaliza) quando a mãe ou outra pessoa está se dirigindo a ela. 8- A criança procura ativamente o olhar da mãe.	9- A mãe percebe que alguns pedidos da criança podem ser uma forma de chamar a sua atenção. 10- Durante os cuidados corporais, a criança busca ativamente jogos e brincadeiras amorosas com a mãe. 11- Mãe e criança compartilham uma linguagem particular. 12- A criança estranha pessoas desconhecidas para ela. 13- A criança faz gracinhas. 14- A criança aceita alimentação semi-sólida, sólida e variada.	15- A mãe alterna momentos de dedicação à criança com outros interesses. 16- A criança suporta bem as breves ausências da mãe e reage às ausências prolongadas. 17- A mãe já não se sente mais obrigada a satisfazer tudo que a criança pede. 18- Os pais colocam pequenas regras de comportamento para a criança.

Atualmente percebe-se que as crianças estão chegando às clínicas de fonoaudiologia, fisioterapia, terapia ocupacional, entre outras, com idade superior a três anos, com grandes comprometimentos psíquicos. Todavia, é somente após mais algum tempo de “terapias” que chegam aos consultórios dos psicólogos, já com uma complexidade de sintomas envolvidos de todos os âmbitos: fala, afetivo, motor, etc.

Infelizmente a consequência de uma intervenção tardia, devido à detecção tardia, pode não ser muito proveitosa, pois neste momento podem ser irreversíveis. É por isso que surgem os Indicadores de Risco para o Desenvolvimento Infantil, que trabalha com a percepção do risco avaliando precocemente os bebês na interação com suas mães (função materna) e os efeitos da (não) instalação da função paterna.

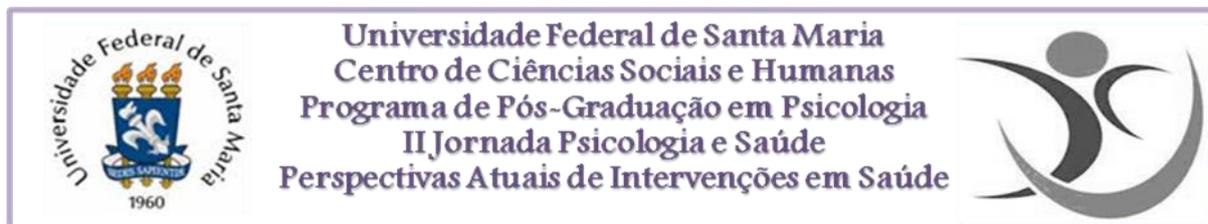
É importante salientar que os indicadores não são sintomas, são pistas esboçadas na e pela criança que, por suposição, podem antecipar e, de certa forma, reorientar historicamente sua realidade na vida (PALLADINO, 2007).

Além disso, é relevante apontar que os IRDIs não avaliam causas para o risco psíquico, sendo que os autores da área têm mostrado que nesses casos os fatores tendem a ser multifatoriais, podendo advir de dificuldades do bebê, dos pais ou de ambos.

CONCLUSÕES

Por muito tempo não se pôde evitar graves problemas psíquicos e do desenvolvimento (como por exemplo, de linguagem) porque não se era possível precipitar sua aparição. No entanto, hoje, há muitos profissionais envolvidos nesse trabalho (clínica de bebês ou intervenção precoce), sobretudo, há um instrumento validado e sensível a um possível problema futuro: os IRDIs.

Mesmo não sendo possível se falar em prevenção, pois o laço do bebê com o Outro já está abalado nos casos em que se percebe o risco, ainda fala-se em atenção de saúde primária porque não se têm, neste momento inicial, danos tão irreversíveis, como se encontram mais tarde em casos de autismo, psicose, retardo de fala, etc. Isso acontece porque o bebê ainda



está em fase de constituição subjetiva e a permeabilidade significativa é muito maior já que está entrando no campo do simbólico, da linguagem.

Diante desta possibilidade, é imprescindível que os profissionais dedicados a infância conheçam e fiquem atentos aos sinais de risco, e diante do risco possam realizar um encaminhamento adequado para um psicólogo ou um terapeuta que se dedique ao trabalho com bebês com a finalidade que este possa (re)estabelecer o laço do bebê com as figuras parentais.

Essa questão é fundamental, já que o diagnóstico não é importante nessa fase da criança (trabalha-se apenas com suposição, risco), o que se torna relevante é justamente escutar o sofrimento dos pais e bebê a fim de permitir um deslizamento significativo que não perpassa pela via do corpo, do sofrimento, mas do simbólico, ou seja, (re)posicionar o Outro enquanto figura estruturante para o bebê.

REFERÊNCIAS

- KUPFER, M. C. M.; VOLTOLINI, R. Uso de indicadores em pesquisas de orientação psicanalítica: um debate conceitual. **Rev. Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília, v. 21, n. 3, Dec. 2005
- KUPFER, M. C. M. **Relatório de Pesquisa Multicêntrica – IRDIs, CNPq-2008.**
- LERNER, R.; KUPFER, M. C. M. (Org.). **Psicanálise com crianças: clínica e pesquisa.** São Paulo: FAPESP/Escuta, 2008.
- PALLADINO, Ruth Ramalho Ruivo. A propósito dos indicadores de risco. **Distúrb Comun**, São Paulo, 19(2): 193-201, agosto, 2007.
- PESQUISA MULTICÊNTRICA DE INDICADORES CLÍNICOS PARA A DETECÇÃO PRECOCE DE RISCOS NO DESENVOLVIMENTO INFANTIL. **Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.**, VI, 2, 7-25 - 7 EDITORIAL ano VI, n. 2, jun/2003.
- PESQUISA MULTICÊNTRICA DE INDICADORES CLÍNICOS DE RISCO PARA O DESENVOLVIMENTO INFANTIL, 2008. Disponível em: http://www.fmcsv.org.br/pdf/FMCSV_pesquisa_multicentrica_indicadores_cl%C3%ADnicos_DI.pdf . Acesso em: 08 de out. de 2010.

EXPERIÊNCIAS E CONVIVÊNCIAS NO CONTEXTO DO HIV/AIDS: O DISCURSO DE FAMILIARES/CAIDADORES

Vanessa Limana Berni; Adriane Roso; Stella Padoim

Universidade Federal de Santa Maria - UFSM

RESUMO

Este trabalho faz parte de um projeto de pesquisa maior intitulado “Corpos positivos: um estudo sobre identidade e representações de pré-adolescentes em tempos de AIDS” e vem, nesse espaço, discorrer sobre as experiências e percepções de familiares/cuidadores, procurando entender de que forma o HIV/AIDS interage no cotidiano de vida deles, de seus/as filhos/as e de seus/as netos/as. O estudo parte de uma pesquisa de caráter qualitativo, realizada com pré-adolescentes (10 a 14 anos) que convivem com o vírus da AIDS que, para participarem, os pais ou responsáveis são inicialmente contatados a fim de se conhecer um pouco de suas histórias, inclusive se o pré-adolescente sabe do diagnóstico. Considerando a riqueza do material advindo dessas conversas informais com os cuidadores/familiares, traz-se nesse trabalho informações relevantes para o estudo em saúde destes e de seus atendidos. Os dados são analisados com base em autores que enfocam as temáticas referentes ao HIV/AIDS, desde um ponto de vista psicossocial. Quanto aos resultados, estes apontam para uma vivência marcada pelo medo, vergonha e culpa diante do preconceito de viver com HIV, o que acarreta em sofrimento e silenciamento quanto ao estado sorológico no seu contexto social. Esses dados nos convocam a pensar em um modo de fazer saúde diferenciado, que possa olhar para além da doença e alcançar o contexto mais amplo de convivência dos indivíduos, seja na família, seja na sociedade em geral.

Palavras-chave: Psicologia Social; Familiares/cuidadores; HIV/AIDS.

INTRODUÇÃO

A questão da AIDS tanto no cenário mundial, quanto no Brasil, ainda está longe de ser tratada com domínio pela sociedade. Existem muitos mitos e preconceitos por parte da população que ao não serem esclarecidos, acarretam às pessoas que vivem com o vírus HIV muito desconforto, medo e vergonha de revelar seu diagnóstico.

Uma preocupação recente à sociedade e aos profissionais da saúde é a chegada dos infectados perinatalmente pelo HIV à adolescência. Spinardi e colaboradores (2008) colocam esse fato como uma novidade no cenário do convívio social e da saúde, sendo confirmado pela pouca literatura sobre o assunto.

Acredita-se ser um dever do psicólogo respeitar o diferente, ter uma visão liberta de julgamentos, conhecer determinadas culturas, seus valores e, o mais importante, o que cada ato, ação ou símbolo significa. Com os portadores de HIV não é diferente, faz-se necessário acessar a vida de cada um, de modo que se possa compreender o sentido de seus discursos. Considera-se que o meio para atingir este objetivo é escutando-os, dando oportunidade para que expressem seus sentimentos, anseios, talvez justificativas, sentidos do que significa a

AIDS, o que ela oculta, o que ela quer dizer, além de manifestarem seus sentimentos presentes, de como é estar com AIDS, como percebem serem vistos pela sociedade, como se dá a construção desses olhares. Ou seja, propiciar uma escuta clínica que permita compreender como se conformam regiões subjetivas no convívio com o HIV/AIDS. E, a partir dessa escuta, construir meios mais eficazes de prevenção, além de levar maiores informações à sociedade, reconstruindo o sentido do “ter AIDS”, e principalmente, destruindo a visão preconceituosa.

Guerra e Seidl (2009) apontam que a diminuição do estigma depende de amplas modificações sócio-culturais. Para isso faz-se necessário a elaboração de ações que esclareçam a população acerca dos mitos e verdades sobre o HIV/AIDS, referindo a importância do trabalho dos profissionais da saúde na instrumentalização aos portadores e familiares sobre seus direitos.

Visando a concretização dessas ações, este trabalho tem por objetivo apresentar o que familiares/cuidadores de pré-adolescentes dizem sobre ter e/ou viver com alguém que tenha o HIV.

MÉTODO

Este trabalho é parte de um projeto maior intitulado “Corpos positivos: um estudo sobre identidade e representações de pré-adolescentes em tempos de AIDS” (aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM, CAAE 0139.0.243.000-10).

Trata-se de uma pesquisa de cunho qualitativo, que tem como campo o Ambulatório de Pediatria de um Hospital Universitário situado em uma cidade do interior do estado do Rio Grande do Sul onde funciona um serviço especializado no atendimento a Doenças Infecciosas Pediátricas (DIPed). Participam desta pesquisa pré-adolescentes, tanto do sexo masculino quanto feminino, que tenham diagnóstico positivo para HIV – transmissão vertical –, idade variando de 10 a 14 anos, e que tenham conhecimento do seu estado sorológico.

Como os participantes são menores de idade e precisam preencher os critérios de inclusão para poder participar, os pais ou responsáveis são inicialmente contatados para receberem todas as explicações referentes ao estudo e, em caso de concordância, o pré-adolescente é convidado a integrar o estudo. Este primeiro contato com os familiares é feito na sala de espera ou durante o grupo que acontece com familiares/cuidadores de crianças e adolescentes que convivem com HIV/AIDS, no dia das suas consultas.

Tendo em vista a relevância das informações relatadas por esses familiares/cuidadores, considerou ser importante absorver essas informações para o estudo em questão. Assim, traz-se neste trabalho a vivência destes familiares diante da convivência com o contexto do HIV/AIDS. A interpretação do conjunto de informações obtidos é tecida a partir do corpo teórico de autores que enfocam temáticas em volta do HIV/AIDS.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Como descrito no método, precisava contatar inicialmente os acompanhantes dos pré-adolescentes para, então, poder entrevistá-los. Já nesse momento faz-se notar a representatividade da figura feminina como acompanhante do pré-adolescente às consultas, sendo que dos 14 cuidadores/familiares abordados 8 eram mães, 5 avós e apenas um pai acompanhavam o pré-adolescente à consulta. Esse dado vem corroborar estudo realizado por Seidl e colaboradores (2005) onde 85% dos cuidadores eram do sexo feminino.

A partir do discurso destas, aparecem diversas proposições acerca de como sentem-se ao conviverem com um filho/filha com HIV, e muitas vezes, carregando consigo o peso de ser também soropositiva. O que tem se evidenciado na maioria dos casos, é a dificuldade de revelar, tanto o próprio diagnóstico, quanto o do seu filho/filha. Nos casos abordados, 10 pré-adolescentes ainda não foram informados sobre seu diagnóstico. Na maioria dos casos, as cuidadoras relatam que “inventam” às crianças e pré-adolescentes que estes vão ao serviço “para receber um tratamento para outra doença” (SIC – Segundo Informações Colhidas).

A partir do discurso desses cuidadores, evidencia-se que a maior dificuldade em revelar aos filhos está principalmente nos casos em que a mãe é também soropositiva, o que exige dar uma explicação de si mesma e/ou de seu companheiro. E, ainda permeada pelo medo de que os filhos possam estar contando seu diagnóstico aos outros. Esse fato fora referendado por Roso (2005) ao dizer que essas mães, por serem portadoras do HIV, enfrentam, além dos problemas de saúde pessoal e da prole, preconceitos de mão dupla: da sociedade para elas, e da sociedade para o/a filho/a.

O estudo de Almeida e Labronici (2007) vai tratar dessas questões vinculando-as ao stigma provindo da AIDS:

(...) a roupagem simbólica assumida pelo estigma da AIDS passou a ser um dos grandes obstáculos que impedem as pessoas de revelarem seu status sorológico pelo medo do abandono, do julgamento e de reações hostis ou negativas por parte dos outros, o que pode impedir algumas delas de ter acesso aos serviços de saúde e, por conseguinte, melhorar a qualidade de suas vidas. (ALMEIDA; LABRONICI, 2007. p. 266).

Essas marcas podem ser percebidas na narrativa de uma das mães que diz querer, mas não ter coragem de contar, e, por outro lado, diz já ter confirmado para a filha que ela não tem HIV/AIDS. Ela conta que fez um exame com “a filha mais velha que não tem AIDS” (SIC) e deu para a filha portadora do vírus HIV levar na escola, a fim de provar ser falso o que diziam, pois em função de ser mais magra que os outros, estar sempre gripada e apresentar aftas próximas à boca, levava os colegas à julgarem que a menina era “aidética” (SIC). Esta mesma mãe, por sua vez, encontrou na mudança de cidade, no isolamento social e no afastamento de seu companheiro, uma maneira de não precisar contar a ninguém sua condição, escondendo até mesmo da sua família. A mãe reconhece a necessidade de um profissional que as ajude, mas não tem coragem de procurar em sua cidade, por medo de que este venha revelar sua condição.

A dificuldade de partilhar a sorologia em função da possibilidade de discriminação também foi apontada no estudo de Roso (2005), como ilustra a fala de uma das profissionais entrevistadas por ela:

A maioria das mulheres não fala pra ninguém do diagnóstico, não revelam o diagnóstico. A maioria fica entre elas e o parceiro. Algumas falam pra mãe ou pra uma pessoa mais próxima, mas é só. Por que elas não abrem tanto a sorologia? Porque elas têm medo que seus filhos sejam discriminados. Não é só em função da discriminação que elas possam sofrer, mas é em função de que no senso comum, se uma mulher é HIV ela fez algo errado – já nem separam o HIV da AIDS. Elas não revelam o diagnóstico pra preservar a criança. [Dra. Eloísa](ROSO, 2005, p.128).



Quando a transmissão não foi vertical, aparece na fala das mães uma indignação que leva a maior dificuldade na revelação, uma vez que o próprio adulto tem dificuldades de encontrar uma explicação de por que isso aconteceu. Ou, ainda, certa revolta ao perceber diferenças em relação aos filhos que não tem o vírus, seja em relação ao desenvolvimento físico, seja com os cuidados com o tratamento e saúde do que convive com o HIV: “Dizem que não tem diferença, mas eu vejo diferença” (SIC).

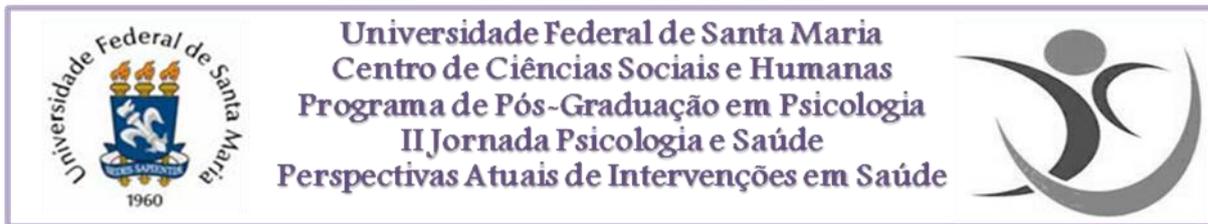
Em meio às expectativas de quem estaria presente em cada dia e como seriam as reações de cada familiar, e do próprio adolescente, estes sempre foram bastante disponíveis em aceitar participar do estudo e percebeu-se, ainda, que até se sentiam aliviados por ter esse momento para poder se expor, sem julgamentos. À exceção de uma das mães que ao ser convidada questiona, em tom de não querer falar, “conversar sobre o quê?”. A mãe, ao aceitar conversar em uma sala privada e após o *rappor*t, mais uma vez afirma que a filha não sabe do diagnóstico e não pretende contar e que, então, elas não estariam ajudando no estudo. Porém, a entrevistadora consegue estabelecer a empatia e a mãe começa a se soltar e falar sobre sua história até chegar ao ponto dela oferecer a filha para conversar. No final ela pede desculpas por sua desconfiança, explicando que está ressabiada de tantas pessoas que dizem querer ajudá-la, mas que só querem mesmo é “investigar sobre sua vida para depois sair falando para os outros” (SIC).

Ainda percebe-se em muitos casos uma auto-discriminação, ou seja, o medo de revelar ao filho e de que este venha representar a AIDS enquanto uma doença do mal que leva à morte. No entanto, o desejo em revelar e dividir o peso que, muitas vezes, é carregado sozinho, aparecem como uma opção para mais adiante.

Lima (2006) considera que “há limitações da família na discussão de alguns assuntos inerentes ao desenvolvimento dos adolescentes portadores de HIV/AIDS, devido a sentimentos que envolvem culpa, vergonha e medo, também relacionados ao estigma social da doença” (p.27-28). A fala de uma das avós que acompanhava sua neta, também evidencia que ela não tem com quem falar sobre a condição da neta. E, no seu caso, falar da neta significa falar de sua filha que também é HIV+ e, segundo ela, foi infectada pelo marido que é usuário de drogas. Diante dessa declaração, ela diz que a entrevistadora chegou na hora certa, que ela precisava falar com alguém sobre isso, mas para a neta ela não pensa em contar, uma vez que considera “seu estado de saúde ótimo, uma menina muito inteligente e que não precisa se preocupar com essa doença” (SIC).

CONCLUSÕES

Diante da discussão realizada, a partir do discurso dos familiares/cuidadores de pré-adolescentes com HIV/AIDS, que se faz representar, em sua maioria, pelas mães e avós, percebe-se que muitos, ainda, são os desafios que precisam ser superados. O estigma, associado à culpa, ao medo e à vergonha, aparecem como empecilhos na revelação do seu diagnóstico e/ou ao seu/a filho/a, vindo a calhar em mais sofrimento e, pode-se pensar em menor cuidado com sua saúde. Assim, mais do que oferecer tratamento medicamentoso, precisamos pensar em um modo de fazer saúde diferenciado, que possa olhar para além da doença e alcançar o contexto mais amplo de convivência dos indivíduos, seja na família, seja na sociedade em geral. Acredita-se que só assim poder-se-á garantir uma melhor qualidade de vida às crianças/adolescentes e seus familiares.



Nesse sentido, o profissional psicólogo tem muito a colaborar, com sua disponibilidade em escutar seus sentimentos, as dificuldades e as implicações advindas do fato de viver com o vírus do HIV. Faz-se *mister* propiciar espaços de visibilidade e de enunciação às vozes que se sentem discriminadas e abafadas. Acredita-se que nesses pequenos espaços podemos oportunizar uma nova forma de ver-se e cuidar-se.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, M. R. de C. B de; LABRONICI, L. M. A trajetória silenciosa de pessoas portadoras do HIV contada pela história oral. **Ciência & Saúde Coletiva**, 12(1):263-274, 2007
- GUERRA, C. P. P.; SEIDL, E. M. F. Crianças e adolescentes com HIV/AIDS: revisão de estudos sobre revelação do diagnóstico, adesão e estigma. **Paidéia**, Ribeirão Preto. v. 19, n. 42, p. 59-65, 2009.
- LIMA, A. A. A. **O adolescer como portadora de HIV/AIDS**: um estudo com adolescentes e suas cuidadoras-familiares. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), apresentado à Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Orient. Eva Néri Rubim Pedro. Porto alegre, 2006.
- ROSO, A. **Cultura Sexual e Reprodutiva em Tempos de AIDS**: Análise Transcultural dos Discursos Relacionados à Transmissão Materno-Infantil do HIV-1. Tese apresentada ao Curso de Doutorado em Psicologia, como requisito parcial para qualificação ao curso de Doutorado. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – PUCRS. Faculdade de Psicologia, 2005.
- SEIDL, E. M. F., et. al. Crianças e adolescentes vivendo com HIV/AIDS e suas famílias: Aspectos psicossociais e enfrentamento. **Psicologia**: Teoria e Pesquisa, v. 21, n. 3, p. 279-288, Set./Dez. 2005.
- SPINARDI, J.R., et.al. Adolescer com HIV: Saber, Conhecer e Conviver. **Adolescência & Saúde**. Órgão Oficial do Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente/UERJ. Rio de Janeiro: Diagraphic, v.5, n. 2, jul. 2008.



INTERNAÇÃO DOMICILIAR E INTERNAÇÃO HOSPITALAR: SEMELHANÇAS, VANTAGENS E DESVANTAGENS PARA O PACIENTE

Natália de Andrade de Moraes; Stefanie Griebeler Oliveira; Maria de Lourdes Denardin-Budó; Alberto Manuel Quintana

Universidade Federal de Santa Maria - UFSM

RESUMO

Atualmente, são duas as possibilidades de internação oferecidas aos indivíduos que necessitam de cuidados à saúde: hospitalar e domiciliar. Ambas possuem expressivas diferenças e conhecê-las mostra-se bastante importante, visto que o cuidado dispensado ao indivíduo enfermo será influenciado pelo ambiente no qual ele se encontra, pela atuação do cuidador, entre outros. Desta maneira, o objetivo deste trabalho é refletir acerca das semelhanças, vantagens e desvantagens das internações hospitalar e domiciliar para o paciente. A reflexão aqui apresentada surgiu a partir de discussões realizadas no Núcleo de Estudos Interdisciplinares em Saúde, da Universidade Federal de Santa Maria, e de leituras relacionadas à dissertação de mestrado intitulada “Representações sociais da internação domiciliar na terminalidade: o olhar do cuidador familiar”. Apesar da importância das duas formas de assistência à saúde, a internação domiciliar facilita o processo de adaptação do paciente à doença e possibilita um cuidado mais humanizado, visto que esse é realizado por alguém com quem ele possui vínculo. Por outro lado, o cuidador assume a maior parte do cuidado e pode sentir-se sobrecarregado em sua função. Ressalta-se, portanto, que tanto a internação domiciliar quanto a hospitalar possuem vantagens e desvantagens para o paciente e sua família, sendo importante que o profissional da saúde possa analisá-las, buscando sempre a melhor forma de atendimento.

Palavras-chave: Internação; Domiciliar; Hospitalar.

INTRODUÇÃO

A assistência hospitalar, como sabemos, é predominante nos dias atuais. Segundo Lacerda, Oliniski e Giacomozzi (2004), a assistência à saúde passou por diversas transformações através do tempo, dentre as quais a tradicional assistência domiciliar foi substituída pelo modelo hospitalocêntrico de atendimento à saúde. Essa transformação foi facilitada pelos avanços tecnológicos, visto que esses foram incorporados à realidade hospitalar e amplamente utilizados pelos profissionais de saúde em suas práticas.

A utilização de máquinas e aparelhos eletrônicos na área da saúde, em especial no ambiente hospitalar, tornou possível uma grande diversidade de novas práticas, como exames preventivos e tratamentos complexos. Essas práticas facilitam o atendimento e, segundo Bettinelli, Waskiewicz e Erdmann (2003), são indiscutivelmente benéficas para o paciente, que cada vez mais tem acesso a surpreendentes tecnologias. Além disso, esse espaço de cuidado e o uso dessas tecnologias podem também, como explica Blois, Cartana, Dal Sasso et

al. (2008), distanciar os seres, visto que as lacunas nas relações interpessoais, mediadas por aparelhos e comunicações virtuais, são muitas.

Blois, Cartana, Dal Sasso et al (2008), afirmam que a assistência domiciliar à saúde surge a fim de superar esse modelo de cuidado centrado nos hospitais. Ainda, Sena, Silva, Rates et al. (2006) dizem que as modalidades de cuidado domiciliar ressurgem, entre outros, como conseqüência do elevado custo da atenção hospitalar, às demandas crescentes originadas do aumento da esperança de vida da população e ao compromisso em se promover saúde com qualidade de vida.

Conforme Lacerda, Oliniski, Giacomozzi et al. (2007), a assistência domiciliar compreende ações desenvolvidas no lar, espaço de referência do paciente. Ainda segundo as autoras, essas ações desenvolvem-se de acordo com as necessidades e singularidades do enfermo e de sua família. Na assistência domiciliar, o atendimento é realizado por uma equipe multiprofissional, o que permite que o paciente seja atendido em suas diversas necessidades.

No que diz respeito à necessidade de internação da pessoa doente, ou seja, de cuidados intensivos, as internações hospitalar e domiciliar apresentam diferenças expressivas. Uma diferença bastante significativa é a pessoa do cuidador. Enquanto que na internação hospitalar o cuidado é realizado, sobretudo, por profissionais especializados da saúde, na internação domiciliar a figura do cuidador é representada por alguém vinculado emocionalmente com o paciente, como um familiar ou amigo. Além disso, o ambiente hospitalar possui horários e regras bastante rígidos, o que pode tornar o processo de adoecimento ainda mais difícil para o paciente. No domicílio, por outro lado, o cuidado pode ser realizado de forma a levar em conta as especificidades e singularidades do indivíduo.

De acordo com os dados apresentados, este trabalho objetiva refletir acerca das semelhanças, vantagens e desvantagens das internações hospitalar e domiciliar para o paciente.

MÉTODO

Esta reflexão emergiu a partir de discussões realizadas no Núcleo de Estudos Interdisciplinares em Saúde, da Universidade Federal de Santa Maria, e de leituras relacionadas à dissertação de mestrado intitulada “Representações sociais da internação domiciliar na terminalidade sob o olhar do cuidador familiar”.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A doença, como esclarecem Santos e Sebastiani (2003), é percebida pelo indivíduo como uma agressão, que faz com que o futuro seja incerto. Por se instalar de forma abrupta, ela não permite um processo gradativo de adaptação. A internação hospitalar reforça no paciente esse sentimento e aviva uma sensação de invasão, visto que esse é tratado como um ser dependente e não lhe é fornecida a possibilidade de escolher sobre grande parte de suas atividades, bem como seus horários.

Com efeito, nenhuma doença é natural, e o hospital, para Foucault (2001), é um lugar artificial em que o ser humano corre o risco de perder suas características. Complementando essa ideia, Kruse (2004), destaca que ele torna-se despersonificado, pois os corpos se tornam despojados daquilo que lhes confere uma determinada identidade e que os insere na história. Em outras palavras, o indivíduo internado passa por um processo de descaracterização, pois é submetido a uma rotina pré-estabelecida pela instituição: não pode usar suas próprias roupas, alimenta-se em horários regradados, as visitas são limitadas e os quartos são impessoais e,

muitas vezes, divididos com pessoas desconhecidas ao paciente. Ainda, Blois, Cartana, Dal Sasso et al. (2008) afirmam que, no contexto hospitalar, as características pessoais do paciente são suprimidas para moldá-lo ao ambiente hospitalar. Assim, Santos e Sebastiani (2003) consideram a internação uma cisão no cotidiano do paciente, causando diversos problemas em sua autonomia.

Outro ponto desfavorável à internação hospitalar é encontrado em um estudo realizado com cuidadores familiares, no qual foi revelado que ir ao hospital é difícil, o que restringe a quantidade de visitas e o revezamento de visitantes. Além de demandar muito tempo, o deslocamento em transporte coletivo para longas distâncias é também oneroso, o que nem sempre permite assiduidade do cuidador familiar durante a internação (WINGESTE; FERRAZ, 2008).

De forma diferente, a internação domiciliar oportuniza que o paciente mantenha o vínculo com o seu lar – ambiente com o qual ele é afetivamente vinculado e que expressa sua singularidade. Nazaro (2009) explica que a assistência à saúde no domicílio permite que a rotina diária do paciente e de seus familiares seja relativamente retomada, em um espaço que não está diretamente associado à doença e que permite que outras atividades sejam conciliadas ao cuidado. Blois, Cartana, Dal Sasso et al. (2008), dizem que a internação domiciliar faz com que os sujeitos sejam percebidos como singulares em suas culturas, história de vida e subjetividades em geral.

No domicílio, o cuidado é realizado por alguém próximo à pessoa enferma. Isto permite que a atividade de cuidar seja mais acolhedora e preocupada com os aspectos individuais do paciente. Segundo Ismael (2005), a doença provoca no indivíduo sensações de angústia e carência, despertando uma necessidade de carinho e conforto similar à que a criança espera receber de seus pais. Dessa forma, podemos dizer que o relacionamento entre cuidador e enfermo influenciará diretamente nas ações de cuidado e, portanto, na saúde do paciente. Nesse contexto, porém, o cuidador informal assumirá grande parte das funções de cuidado, podendo sentir-se sobrecarregado.

CONCLUSÕES

Apesar de todas as tecnologias presentes no ambiente hospitalar e de toda a estrutura física apropriada para as ações de cuidado, este ambiente pode, muitas vezes, representar isolamento e falta de autonomia para o paciente. De forma diferente, o domicílio constitui um local seguro, que pode possibilitar mais liberdade ao paciente, além de facilitar sua adaptação. O cuidador informal, no contexto domiciliar, assumirá para si diversas responsabilidades, muitas das quais seriam delegadas aos profissionais de saúde, no ambiente hospitalar.

Ressalta-se que tanto o hospital quanto o domicílio são vistos como espaços de cuidado necessários, podendo trazer diferentes vantagens e desvantagens para o paciente e sua família. Para o profissional de saúde, o conhecimento dessas diferenças e semelhanças, que influenciarão no tratamento do paciente, é imprescindível. O cuidado humanizado é possível em qualquer um dos ambientes, desde que os relacionamentos sejam estabelecidos de forma ética e acolhedora.

REFERÊNCIAS

BETTINELLI, L.A.; WASKIEVICZ, J.; ERDMANN, A.L. Humanização do cuidado no ambiente hospitalar. In: **O mundo da saúde**, São Paulo, v.27, n.2, p.231-239, abr/jun. 2003.

Disponível em: [http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/is_digital/is_0403/pdf/IS23\(4\)111.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/is_digital/is_0403/pdf/IS23(4)111.pdf) Acesso em: 8 de outubro de 2010.

BLOIS, J. M.; CARTANA, M. H. F.; DAL SASSO, G. T. M.; MARTINS, C. R. A internação domiciliar como possibilidade de expressão arte, criatividade e acesso à tecnologia: uma análise sobre o tema. In: **Brazilian Journal of Nursing**, v.7, n.1, 2008. Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2008.1373/314> Acesso em: 30 de julho de 2010.

FOUCAULT, M. **O nascimento da clínica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2001.

ISMAEL, J.C. **O médico e o paciente** – breve história de uma relação delicada. 1. ed. São Paulo: MG Editores, 2005.

KRUSE, M. H. L. **Os poderes dos corpos frios**: das coisas que ensinam às enfermeiras. Brasília: Aben, 2004.

LACERDA, M.R.; OLINISKI, S.R.; GIACOMOZZI, C.M. Familiares cuidadores comparando a internação domiciliar e a hospitalar. In: **Revista Fam. Saúde e Desenvolv.**, Curitiba, v.6, n.2, p.110-118, maio/ago. 2004. Disponível em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/refased/article/view/8062/5683> Acesso em: 28 de julho de 2010.

LACERDA, M. R.; OLINISKI, S. R.; GIACOMOZZI, C. M.; VENTURI, K. K.; TRUPPEL, T. C. As categorias da assistência domiciliar e a prática dos profissionais de saúde – pesquisa exploratório-descritiva. In: **Brazilian Journal of Nursing**, v.6, n.0, 2007. Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/557/127> Acesso em: 30 de julho de 2010.

NAZARO, T. E. A. Cuidar do idoso em domicílio: a mudança na vida da família. In: **Prata da casa 2**: escritas do cotidiano de uma equipe que cuida. 1. ed. São Paulo: Internações Domiciliares Grupo MAIS, 2009. Disponível em: http://www.obore.com.br/utilitarios/editor2.0/UserFiles/File/05%20PRATADACASA2_COMPLETO.pdf#page=22 Acesso em: 6 de agosto de 2010.

SANTOS, C. T.; SEBASTIANI, R. W. Acompanhamento psicológico à pessoa portadora de doença crônica. In: Angerami-Camon, V. A. (Org.). **E a psicologia entrou no hospital**. 1. ed. São Paulo: Editora Cengage Learning, 2003.

SENA, R. R.; SILVA, K. L.; RATES, H. F.; VIVAS, K. L.; QUEIROZ, C. M.; BARRETO, F. O. O cotidiano da cuidadora no domicílio: desafios de um fazer solitário. In: **Cogitare Enfermagem**, Paraná, v.11, n.2, p.124-132, mai/ago. 2006. Disponível em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/6854/4868> Acesso em: 30 de julho de 2010.

WINGESTE, E. L. C.; FERRAZ, A. F. Ser assistido pelo serviço de assistência domiciliar: uma rica experiência para o doente de aids e seu cuidador. In: *remE* – **Rev. Min. Enferm.**, Minas Gerais, v.12, n.1, p.34-39, jan/mar. 2008.

RISCO DE AUTISMO: POSSIBILIDADE DE DETECÇÃO PRECOCE

Mariana Rodrigues Flores; Luciane Beltrami; Ana Paula Ramos de Souza

Universidade Federal de Santa Maria – UFSM

RESUMO

O autismo é caracterizado por uma complexidade de sintomas de difícil remissão quando o tratamento é feito tardiamente, assim, buscou-se elucidar a possibilidade de detecção do risco de autismo, uma vez que isso possibilitaria uma intervenção precoce. Para esse fim, realizou-se uma revisão de literatura buscando-se discutir com a teoria psicanalítica dedicada a clínica de bebês. A detecção do risco só é possível porque estudos teóricos-clínicos puderam produzir um instrumento, fundamentado no circuito pulsional, que avalia a instalação do sujeito. Todavia, não se busca olhar para a subjetividade do bebê, pois há uma cultura que prima pelo diagnóstico, assim, é preciso dedicar-se aos sinais mais sutis que apontam o risco, nos quais as chances de não instalação da patologia são muito maiores.

Palavras-chave: Risco de autismo; Detecção precoce; Psicanálise.

INTRODUÇÃO

O nascimento de um bebê, mesmo com sua integridade neurofisiológica, não garante a sua constituição como sujeito psíquico. Isso porque o filhote humano é o mais prematuro de todas as espécies e por isso necessita de cuidados prolongados para sobreviver, cuidados que devem ir além do nível real, da mera satisfação das necessidades (JERUSALINSKY, 1984).

A função materna introduz a criança na linguagem, no mundo simbólico através dos cuidados e de suas palavras, contudo ainda é necessário que haja um outro que barre o gozo materno, que entre nessa relação como um terceiro, um mediador. Este interdito é feito pela Função Paterna, a qual realiza a passagem da criança do universo de significações maternas e familiares para o universo social a partir da introdução da Lei -Nome-do-Pai (BERNARDINO, 2008).

Sabe-se, entretanto, que podem ocorrer fraturas nessa relação primordial, seja por dificuldade das figuras parentais posicionar-se enquanto funções, seja por dificuldades do bebê. Nesse sentido, Kupfer (2000) expõe que quando ocorrem falhas nesse processo é possível perceber, já por volta dos seis meses de vida, os primeiros traços autistas, como a evitação do olhar humano, hipotonias, boca não erotizada que baba constantemente, etc.

Esses signos de alerta, ainda em bebês, começaram a ser associados a crianças autistas após muitos anos de prática clínica de diversos psicanalistas a partir de entrevistas com os pais dessas crianças. Corroborando essa idéia Correia (1997) salienta que, desde muito cedo, em seu trabalho clínico com crianças, algumas mães já relatam um “estranhamento” em relação ao bebê, o que possibilitaria a detecção de riscos de possíveis distúrbios psíquicos precocemente através de uma anamnese com os pais.

A partir dessa perspectiva, em 1998 surge na França a Associação de Autismo Préaut com o intuito de realizar uma pesquisa para validar os indicadores de distúrbios da

comunicação em crianças durante os dois primeiros anos de vida, já que estes podem apontar para um transtorno do espectro autista grave. Isso porque diversos estudos mostraram que, embora as características completas para o diagnóstico do autismo raramente estão presentes antes dos 3 anos de idade (CID 10, DSM-IV), o testemunho dos pais indicou que em 88% dos casos no prazo de dois anos e em 55% dos casos antes de um ano, puderam perceber que "algo estava errado com seu filho", mas os profissionais não acreditaram que isso era indicativo de problemas no bebê (ASSOCIATION PRÉAUT, 2010).

Desta forma, a Associação de Autismo Préaut parte do consenso sobre o valor do diagnóstico e acompanhamento precoce para minimizar a deficiência, devido ao autismo, baseando-se em muitos estudos que mostram a evolução positiva das crianças atendidas precocemente e de forma adequada (ASSOCIATION PRÉAUT).

Portanto, devido à complexidade dos casos de autismo, buscou-se elucidar a possibilidade de detecção precoce a partir dos referenciais psicanalíticos dedicados à clínica de bebês, o que poderia oportunizar uma intervenção precoce, isto é, uma intervenção em tempo de constituição.

MÉTODO

O método utilizado consistiu em uma revisão de literatura, a qual buscou realizar uma interlocução entre autores a fim de se discutir a possibilidade de detecção do risco de autismo a partir de seus sinais indicadores. Lakatos (1990) define a pesquisa bibliográfica como aquele que abrange toda bibliografia tornada pública desde publicações avulsas até meios de comunicação a fim de colocar o pesquisador em contato direto com todo material produzido sobre determinado assunto.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Ainda que a psicanálise esteja dedicada à pesquisa com bebês, Bernardino (2008) aponta as questões psíquicas são pouco ou nada valorizadas durante a primeira infância, contudo, muitos problemas podem ocorrer nesse período e quanto mais cedo se intervém, maiores as chances de um prognóstico favorável, como em casos de risco psicótico, de autismo ou de linguagem.

Apesar de não se saber a etiologia de muitos distúrbios psíquicos precoces, como o autismo, sabe-se até agora que a relação com a figura materna, nesses casos é frágil, ou seja, há uma fratura na relação com o Outro primordial que não permite que o bebê advenha como sujeito. Assim, se for detectado precocemente um risco para o desenvolvimento, é possível trabalhar na relação do bebê com o Outro quando ele ainda está em vias de constituição psíquica realizando o trajeto pulsional, o que pode possibilitar maiores chances de remissão ou minimização de sintomas.

Freud concebe as pulsões como primordiais na tomada do desejo pelo sujeito e propõe as pulsões orais, anais, sexuais e de morte. Todavia, inclui-se a pulsão escópica (olhar) e a pulsão invocante (voz), as quais os objetos de desejo surgem a partir de um Outro (LACAN, 1985).

Portanto, a teoria psicanalítica refere-se a um circuito pulsional pelo qual o bebê passa sendo que a fonte de excitação é sempre uma zona erógena: oral, anal, escópica e invocante. Nesse trajeto pulsional, a pulsão passa a ser uma articulação entre significante e corpo, o qual é mais que puro organismo, sendo que, a partir do Outro (representado pela função materna) a

criança pode construir uma imagem totalizante de si (PROJETO DE PESQUISA PRÉAUT BRASIL, 2010).

Dessa forma, a teoria freudiana aponta um trajeto pulsional do bebê que num primeiro tempo é descrito como ativo, no qual o bebê vai em busca do objeto oral (o seio, a mamadeira) para poder apoderar-se. O segundo tempo do circuito pulsional refere-se à capacidade auto-erótica do bebê, se ele é capaz em particular de chupar sua mão, seu dedo ou então uma chupeta. Os dois primeiros tempos normalmente são objetos de atenção dos médicos mais advertidos, entretanto há ainda um outro tempo: o terceiro tempo (LAZNIK, 1997).

O terceiro tempo do circuito pulsional é o de satisfação pulsional, no qual a criança vai se fazer objeto de um novo sujeito, se assujeitando a um outro que vai se tornar sujeito de sua pulsão, havendo uma alienação necessária. Este é o momento em que o bebê coloca seu dedo (do pé ou da mão) na boca da mãe, que vai fingir comê-lo de maneira muito prazerosa, o que não se trata de saciar uma necessidade qualquer, sendo marcado pelos risos maternos e do bebê que responde à mãe, o que indica que ele buscava justamente se ligar no gozo deste Outro materno (LAZNIK, 1997).

Acredita-se que no caso do autismo, não se chega a este terceiro tempo, sendo que mesmo que o bebê responda por vezes a mãe, ele não coloca-se como objeto de gozo materno. É por isso, que diversos autores associam ao autismo características como não olhar, falta de controle esfíncteriano, distonias musculares, distúrbios do sono, etc., já que não houve erotização no corpo do bebê, o deixando como puro real.

O que a realidade brasileira tem mostrado é que as crianças passam por diversos profissionais ao longo de sua vida, mas o aspecto estrutural - psíquico - não é considerado, o que leva os profissionais a pensar que a criança tornou-se autista de uma hora para outra, todavia, hoje, muitas pesquisas amparadas pela psicanálise contrariam esta idéia e apontam que elas já apresentavam sinais de risco psíquico enquanto bebês.

Uma detecção tardia tem por conseqüência uma intervenção tardia, o que leva a cristalização de sintomas, muitas vezes, irreversíveis. Diante disso surge a urgência de trabalhar-se precocemente na avaliação de bebês, não buscando prevenção, pois se há risco é porque já há laço frágil com o Outro, mas sim na tentativa de trabalhar em tempo de permeabilidade significativa e maior neuroplasticidade.

É por isso que surge o protocolo do Préaut que se inicia na França e ainda está em processo de validação, o qual busca avaliar precocemente as perturbações precoces da comunicação podendo evoluir, posteriormente, para o autismo. Os instrumentos pressupõem que, nos casos de risco de autismo, o terceiro tempo do circuito pulsional não foi completado, tempo esse no qual o bebê mostra sua alegria por ter causado prazer na mãe alienando-se a ela, estando-se em jogo aí a pulsão escópica e invocante. Avaliam o bebê aos 4, 9, 12 e 24 meses e propõe intervenção caso se perceba risco de autismo em qualquer uma dessas fases da criança (ASSOCIATION PRÉAUT).

O Préaut propõe avaliar aos 4 e 9 meses os sinais S1: o bebê procura se fazer olhar por sua mãe (ou substituto) na ausência de qualquer solicitação; e S2: o bebê procura suscitar a troca jubilatória com sua mãe (ou com seu substituto) na ausência de qualquer solicitação dela.

Aos 12 meses, usando-se o Questionário de Comunicação - QDC avalia-se se a criança tem fácil contato visual, expressões faciais adequadas, se pega um objeto e o segura consigo,

se sorri para a mãe ou pessoas significativas, se responde quando alguém fala com ele e se tem interação satisfatória (manutenção adequada) (ASSOCIATION PRÉAUT).

Aos 24 meses utiliza-se o método CHAT que avalia o jogo simbólico (jogo de “faz-de-conta”), a atenção conjunta (comportamento de orientação social), o apontar proto-declarativo (exprimindo um interesse particular) e o seguimento do olhar, pois esses comportamentos normalmente estão presentes aos 18 meses, exceto em crianças com risco de autismo (PROJETO DE PESQUISA PRÉAUT BRASIL, 2010).

CONCLUSÕES

Infelizmente, a maioria dos profissionais que trabalha com a primeira infância não está apto a perceber os sinais de alerta para o autismo, o que acaba por retardar uma intervenção e isso traz conseqüências. Logicamente que não se espera que os profissionais saiam diagnosticando bebês como autistas, mas sim que se dediquem a olhá-los de forma diferenciada, inclusive, se disporo a escutar seus pais e, principalmente, que se permitam a olhar para a relação do bebê com as figuras parentais.

Diante desta possibilidade, é imprescindível que os profissionais dedicados a infância conheçam e fiquem atentos aos sinais de risco. Isso porque no bebê a permeabilidade significativa é muito maior e intervir nesta fase, se de forma adequada, possibilita grandes ganhos ao bebê e ao Outro.

Portanto, não é necessário que se espere que a criança chegue ao consultório do psicólogo aos quatro anos (idade frequente nestes casos) com diagnóstico de autismo e um histórico de diversos tratamentos que não consideraram sua subjetividade. Atualmente, é possível trabalhar com o risco e não com a classificação nosográfica instalada, e isso, faz muita diferença porque permite que trabalhem com um sujeito em constituição, subjetividade que ainda não foi tamponada pelo diagnóstico.

REFERÊNCIAS

- ASSOCIATION PRÉAUT. Paris, 1999. Disponível em: <<http://www.preaut.fr>>. Acesso em: 2 out. 2010.
- BERNARDINO, L. Aspectos psíquicos do desenvolvimento infantil. p. 54-66. In WANDERLEY, D. B. (org.). **O cravo e a rosa - a Psicanálise e a Pediatria: um diálogo possível?** Salvador: Ágalma, 2008.
- CORREIA, J. R. Por que uma intervenção precoce nos distúrbios psíquicos? p. 52-57. In D. B. Wanderley (Org.), **Palavras em torno do berço**. Salvador: Ágalma, 1997.
- LACAN J. (1985). **O seminário, Livro 20: Mais, ainda**. Rio de Janeiro: Zahar, 1985. (Trabalho original de 1972-1973).
- LAKATOS, Eva Maria. **Fundamentos de metodologia científica**. São Paulo: Atlas, 1990.
- LAZNIK, M. C. Poderíamos pensar numa prevenção as síndrome autística? p. 35-51. Org Daniele de Brito Wanderley. **Palavras em torno do berço**. Salvador: Ágalma, 1997.
- JERUSALINSKY, A. N. **Psicanálise e autismo**. Porto Alegre, RS: Artes Médicas. 1984.
- PROJETO DE PESQUISA PRÉAUT BRASIL. **Perturbações precoces da comunicação na interação pais-bebê e seu impacto na saúde mental na primeira infância**, 2010.
- KUPFER, M. Notas sobre o diagnóstico diferencial da psicose e do autismo na infância. **Psicologia USP**, 11 (1), 85-105, 2000.

HUMANIZAÇÃO: UM CONCEITO EM CONSTRUÇÃO?

Paula Emanuelli Antonelli; Camila dos Santos Gonçalves

Centro Universitário Franciscano - UNIFRA

RESUMO

Humanização é valorizar os diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde, buscando autonomia e a participação coletiva para melhorar os serviços, conforme a Política Nacional de Humanização – PNH, criada em 2003, depois desta construção muitos autores discutiram sobre o tema. Este trabalho propõe uma reflexão sobre o conceito de humanização, averiguando a percepção que os futuros profissionais da área da saúde têm sobre o tema. Dentro desta proposta o estudo buscou verificar como os estudantes de enfermagem de 5º e 6º semestres entendem o conceito de humanização. Optou-se por realizar uma pesquisa qualitativa, onde foram entrevistados seis acadêmicos de enfermagem de ambos os semestres. A coleta de dados foi realizada através de entrevistas semi-estruturada individual, gravada e transcrita na íntegra, a análise dos dados foi realizada a partir da análise de conteúdo de Bardin (1977). Este trabalho é um recorte do trabalho final de graduação apresentado ao curso de psicologia da UNIFRA em agosto de 2009. Diante dos dados obtidos, foi possível verificar a abrangência e a amplitude do termo “humanização” e as suas inúmeras possibilidades de entendimento, o que confirma que o conceito ainda esta em construção, mesmo que a política seja clara. Através dos dados coletados podemos concluir que o termo ainda gera discussões e múltiplas interpretações, e que a humanização acontece no dia-a-dia dos ambientes de saúde, em que sua aplicabilidade ocorre mais pela prática dos profissionais, do que pelo cumprimento normativo de uma política.

Palavras-Chave: Humanização; Conceito; Acadêmicos de enfermagem.

INTRODUÇÃO

Esta pesquisa se preocupou em reforçar as discussões geradas pela Política Nacional de Humanização - PNH, que é desenvolvida pelo Ministério da Saúde do Brasil e aplicada ao Sistema Único de Saúde – SUS, visando alcançar a qualidade da atenção e da gestão em saúde, operando de forma transversal, buscando a participação coletiva e a troca de saberes entre profissionais e usuários (BRASIL, 2004a, 2004b). A partir da política surgiram inúmeras definições para o termo como de Silva (2000), o ato de humanizar a saúde se dá através do cunho caritativo, da compaixão e da solidariedade, onde o profissional, através da sensibilidade e afetividade, passa a tratar o sujeito com dignidade e respeito.

A humanização é um desafio que passa pela crise social do humanismo, em que a contextualização se sustenta no desumano. Para mudar tal realidade, há a necessidade de humanizar a sociedade, resgatando a essência do ser. A humanização considera a essência do ser humano, o respeito à singularidade e a construção de um espaço onde se legitime a condição humana, em que o atendimento facilite para a pessoa vulnerabilizada o enfrentamento positivo da doença, implicando ao cuidador perceber e compreender a si e ao

paciente, garantindo a capacidade de falar e ouvir, pois, é através do diálogo entre semelhantes que se constrói a humanização (PESSINI; BERTACHINI, 2004).

Desta forma, a humanização se ocupa em alcançar maior objetividade, incorporando aspectos subjetivos, tomando a realidade do serviço tal qual acontece, para poder entender e atender as necessidades e os desejos do sujeito da melhor maneira possível, evitando atividades desumanizadas e desumanizantes (NOGUERIA-MARTINS, 2001). O objetivo junto aos pesquisados foi conhecer a percepção que cada um tem sobre o conceito de humanização.

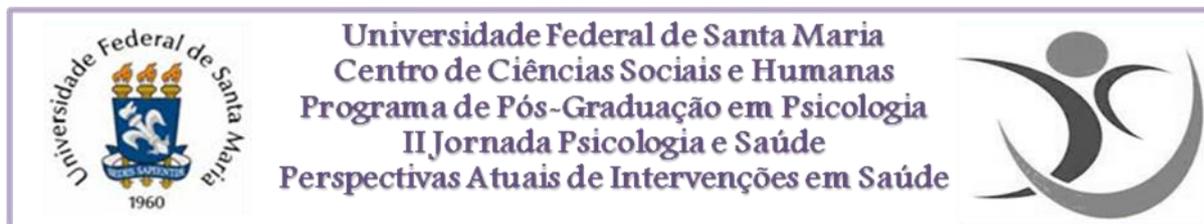
MÉTODO

Optou-se por realizar uma pesquisa qualitativa, onde foram entrevistados seis acadêmicos de enfermagem de 5º e 6º semestres de uma instituição particular da cidade de Santa Maria. A escolha pelos acadêmicos de enfermagem se deu pelo fato de vivenciarem em seu aprendizado acadêmico a inserção da assistência em saúde, e por ser a área profissional que mais tem contato com os pacientes e familiares, vivenciando em suas rotinas a dor e o sofrimento das pessoas sob seus cuidados. A coleta de dados foi realizada através de entrevistas semi-estruturada individual, gravada e transcrita na íntegra garantindo a fidelidade das informações para análise. A análise dos dados foi realizada a partir da análise de conteúdo de Bardin (1977), que sugere após a transcrição das entrevistas o agrupamento das informações em categorias que possuam características comuns, analisando a mensagem visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos indicadores que possibilitem inferir sobre outra realidade. Este trabalho é um recorte do trabalho final de graduação apresentado ao curso de psicologia da UNIFRA em agosto de 2009. A pesquisa foi aprovada pelo comitê de ética da UNIFRA.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A pesquisa constatou que os pesquisados demonstram discordância com o termo “humanização”, alegando que o conceito já faz parte de seus trabalhos, pois, são humanos, e lidam com humanos, de forma individualizada, reconhecendo cada paciente como único, não havendo, por conseguinte, necessidade de humanizar o que para os participantes já é humanizado. O questionamento conceitual levantado pelos participantes é reforçado por Benevides e Passos (2005), quando relatam que o termo humanização surgiu para que possa ser reavaliado e criticado pelos profissionais da saúde, mas que o termo também emergiu para mexer com aspectos fragmentados e banalizados; de como são tratados os serviços de saúde e as pessoas que deles necessitam. Da mesma forma, afirmando que, realmente, o termo não é adequado, mas que o impacto sobre os profissionais possa desestabilizar rotinas, suscitando reflexões modificadoras das técnicas e práticas nomeadas como humanizadas.

Outro dado relevante identificado na pesquisa foi que o conceito de humanização não está claro, todavia, quando os participantes param para avaliar suas práticas, o termo já cumpre uma de suas propostas, que é a de suscitar reflexões. Desta forma, é possível perceber que o conceito de humanização em saúde é recente, o que gera discussões e impasses, abrindo margem para novas e diferentes possibilidades de reflexão e construção sobre o tema, confirmado por Pessini et al (2003), quando faz alusão ao termo humanização usando a analogia de “horizonte”, mostrando as inúmeras possibilidades de construção e reflexão possíveis sobre o tema, no qual., quanto mais se tenta alcançar respostas definitivas, mais se



fica consciente de que sempre é possível ir adiante, onde o sentido de horizonte descortina-se e desafia em cada nova intervenção.

CONCLUSÕES

Através da realização deste trabalho, pode-se constatar que muitos autores falam acerca da humanização, suscitando múltiplos conceitos, e, inevitavelmente, algumas ambigüidades. Levando-se em conta os autores pesquisados, conclui-se, com o auxílio das bibliografias pesquisadas, concomitantemente aos dados aqui obtidos, que o conceito de Humanização é análogo ao “horizonte”, como bem coloca Pessini et al (2003), anteriormente citado, afirmando que, quanto mais se produz sobre o tema, mais se abrem possibilidades para novos questionamentos, provocando novas construções. Através dos dados coletados podemos concluir que o termo ainda gera discussões e múltiplas interpretações, e que a humanização acontece no dia-a-dia dos ambientes de saúde, em que sua aplicabilidade ocorre mais pela prática dos profissionais, do que pelo cumprimento normativo de uma política.

REFERÊNCIAS

- BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, LTDA, 1977.
- BENEVIDES, R.; PASSOS, E.A Humanização como dimensão pública das políticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol.10, n. 3, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000300014&lang=pt>. Acessado dia 12 de março de 2009.
- BRASIL, M. S. **Oficina Nacional HumanizaSUS: construindo a Política Nacional de Humanização**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004 a.
- _____. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004 b.
- NOGUEIRA-MARTINS, M. C. F. **Humanização das relações assistenciais: a formação do profissional de saúde**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.
- PESSINI, L. et al. Humanização em saúde: o resgate do ser com competência científica. **O Mundo da Saúde**. São Paulo, ano 27, v.27, n.2, p. 203-205, abr./jun. 2003.
- PESSINI, L.; BERTACHINI, L. (Orgs.). **Humanização e Cuidados Paliativos**. 2ª ed. São Paulo: Loyola, 2004.
- SILVA, M. J. P. **O amor é o caminho: maneiras de cuidar**. São Paulo: Editora Gente, 2000.

A BRINQUEDOTECA E SUAS POSSIBILIDADES NA CONSTRUÇÃO DE UM AMBIENTE SAUDÁVEL

Adelise Salvagni; Alberto Manuel Quintana; Valéri Pereira Camargo; Bruna Maria Corazza Martins; Lisiane Lopes Machado; Nilve Junges

Universidade Federal de Santa Maria - UFSM

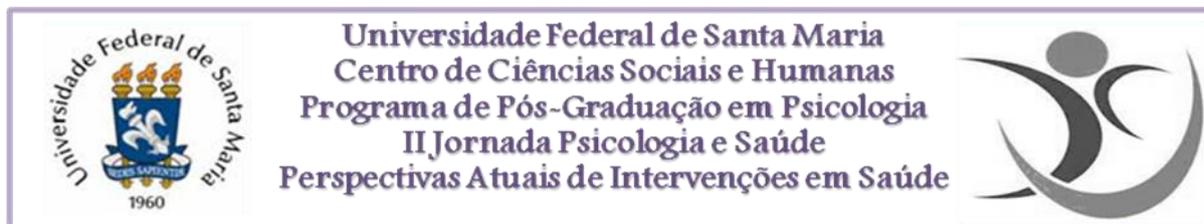
RESUMO

O câncer é uma doença crônica com importantes conseqüências para o paciente e sua família, e está diretamente relacionado a questões de luto e morte. A criança com diagnóstico de câncer, ao ser hospitalizada, além de modificar sua rotina, passa por um tratamento invasivo e complexo. Assim, é importante que nesse contexto exista um ambiente saudável para que ela possa manter suas brincadeiras e ter a possibilidade de simbolizar a situação. Através disso, a criança pode elaborar mais facilmente questões acerca da doença e suas repercussões. O presente trabalho baseia-se no projeto de extensão “BRINCAR: Projeto de promoção de saúde a crianças com câncer em internação hospitalar”, realizado no Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), na brinquedoteca do Centro de tratamento à criança e ao adolescente com câncer (CTCriaC), o qual encontra-se em andamento. Tal projeto está buscando construir um ambiente saudável e de interação, no qual é possível aos pacientes e seus familiares elaborarem aspectos da doença. Os resultados preliminares sugerem que a brinquedoteca é vista como um ambiente familiar, apesar do enfrentamento da doença ser uma tarefa árdua tanto para os pacientes como para seus cuidadores. Verificou-se ainda que o brincar possibilita a ressignificação de experiências pela criança. Ainda, o local da brinquedoteca mostrou-se como um ambiente de diálogos e expressão de sentimentos. Dessa forma, acredita-se que é indispensável a construção de um espaço que promova aspectos saudáveis e que possibilite à criança ser vista através do âmbito saudável que possui, e não somente através da doença.

Palavras-chave: Psicologia Hospitalar; Brinquedoteca; Câncer.

INTRODUÇÃO

O diagnóstico de câncer evoca muitos sentimentos e gera grandes repercussões na vida de qualquer pessoa. Tratando-se de uma criança, as mudanças englobam um novo cenário tanto para ela, como para seus cuidadores/familiares. As diferentes rotinas dentro do hospital, o afastamento do lar e dos amigos, as ausências escolares frequentes, o convívio social restrito, o contato com pessoas desconhecidas e os procedimentos médicos invasivos impõem uma nova realidade que precisa ser enfrentada (ROMANO, 2008). Além disso, como nos confirma Torres (1999), as alterações físicas provocadas pelo câncer (queda de cabelo, excesso de peso ou emagrecimento) afetam significativamente a auto-imagem da criança, corroborando com as ansiedades, os medos e os sentimentos de tristeza ou raiva evocados pelo tratamento.



Nesse sentido, a brincadeira tem papel imprescindível no auxílio do enfrentamento da doença e de suas repercussões, na medida em que é através do brincar que a criança domina suas angústias, controla suas idéias ou impulsos, integra sua personalidade e inicia a formação de laços emocionais e contatos sociais (WINNICOTT, 1982). Da mesma forma, ao brincar, a criança “modifica” o ambiente hospitalar, tornando-o mais familiar, menos ameaçador e mais próximo de sua realidade. Nota-se que a formação desse ambiente mais saudável cria um espaço em que a criança pode conhecer o mundo, elaborar conflitos através da brincadeira, adquirir experiência e, conseqüentemente, expandir sua criatividade, se sentir mais segura e ganhar autoconfiança (ROMANO, 2008).

O suporte psicológico se faz necessário nesse enfrentamento da doença, ao passo que em determinados momentos, como nos mostram Patistea (2005) *apud* Menezes et al (2007), os aspectos psicológicos e sociais acabam debilitando mais a criança do que os próprios aspectos físicos. Nesse sentido, as questões psicológicas e sociais também devem ser enfocadas no tratamento da doença.

Assim, o projeto de extensão: “BRINCAR: Projeto de promoção de saúde a crianças com câncer em internação hospitalar”, realizado no HUSM, na ala do CTCriaC (Centro de Tratamento à Criança e ao Adolescente com Câncer) deseja construir esse ambiente mais saudável, seguro, acolhedor e propiciador do brincar às crianças, através dos jogos, dos brinquedos e das leituras. Igualmente, se visa proporcionar um olhar diferenciado às crianças acometidas pelo câncer, com um enfoque em suas potencialidades e seus aspectos saudáveis, num momento em que se exaltam apenas suas dificuldades e sua doença física. Além disso, se deseja contribuir na elaboração da doença através da brincadeira e no enfrentamento das questões de morte e luto associadas ao câncer.

MÉTODO

A criança com diagnóstico de câncer além de enfrentar dificuldades emocionais e físicas vive um momento de angústia e medo. Para lidar melhor com essas questões ela se expressa de uma maneira não-verbal, fazendo uso de linguagem simbólica, através da brincadeira, do lúdico e da fantasia. Assim o projeto de extensão Brincar, pretende oferecer essa possibilidade à criança, de maneira que esse espaço possa assegurar a expressão, percepção e elaboração de conflitos emocionais, oferecendo um caminho para novas formas de relacionamento. Para isso utiliza-se brincadeiras, jogos, leituras, desenhos e ainda, a escuta e acolhimento, visando um espaço de autonomia dentro de um ambiente onde a criança fica à mercê de rotinas fixas e atividades programadas.

Para a realização do projeto, adotamos a proposta de ambientoterapia/ambiência (MORETTO et al, 2008 *apud* OSÓRIO, 1988) que busca viabilizar um ambiente mais saudável e acolhedor para a criança. Pretende-se tornar o ambiente hospitalar mais acolhedor e mais próximo da realidade cotidiana da criança antes da internação, o que poderá possibilitar uma melhor aderência ao tratamento, ao tornar o ambiente menos ameaçador e mais familiar. Além disso, através das atividades e com vista a um ambiente saudável, as relações entre criança e cuidadores podem ser melhoradas, na medida em que os acompanhantes, que participam desse ambiente, além de enfrentarem a doença, deparam-se com outras dificuldades como precisar sair de sua cidade de origem e afastar-se da família para acompanhar o tratamento, situação a qual os deixa mais suscetíveis ao estresse.

As atividades são realizadas por dez acadêmicos do curso de Psicologia da UFSM (Universidade Federal de Santa Maria) que divididos em duplas estarão disponíveis,

diariamente, no turno da manhã e da tarde, para realizar atividades, na sala de recreações da ala e nos leitos. A intervenção nos leitos ocorre para aquelas crianças e adolescentes impossibilitados de locomoverem-se até a sala de recreações. Nessa proposta, os extensionistas levam materiais de desenho, jogos ou livros até os pacientes e acompanham as atividades de brincar.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Acredita-se que, através da correlação entre teoria e prática, torna-se possível avaliar o trabalho proposto e executado a fim de verificar se o mesmo está possibilitando condições para um ambiente saudável na brinquedoteca. Dessa forma, percebeu-se que o diálogo torna-se extremamente importante para que a doença possa ser elaborada. Como afirma Torres (1999), o diálogo faz com que a criança expresse seus medos e fantasias. Isso pode ser corroborado na fala de uma paciente:

“Assim, quando tu morre, tu muda de cor, fica roxo, mas tem gente que não fica, fica assim, normal. Se a pessoa vai fazer um exame, tomar um remédio e depois vai dormir e morre, como vão saber que ela morreu?” (Criança1).

Nessa fala a criança expressa suas dúvidas e angústias frente à morte, situação que é despertada frente a uma rotina hospitalar, como tomar uma medicação. Surge a ambivalência se o remédio que recebe é bom ou a fará dormir para sempre.

Ainda, de acordo com Romano (2008), a criança, ao brincar, ressignifica as experiências e modifica o ambiente, tornando-o mais familiar e, portanto, menos ameaçador. Em uma experiência na brinquedoteca, uma criança traz a seguinte fala: “Esse remédio é docinho, esse é amargo, mas você vai ter que tomar.” (Criança2).

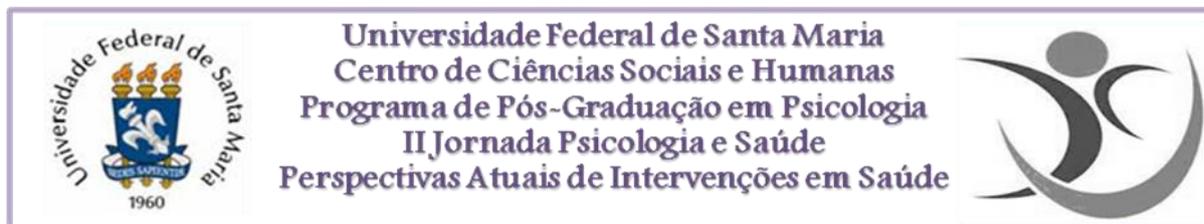
Essa criança, através da brincadeira, pôde reproduzir com as acadêmicas suas vivências de tratamento e reproduzir uma situação que vive diariamente, e, a partir disso, surge a oportunidade de dar um novo sentido a rotina do tratamento.

No que se refere ao diagnóstico de câncer, Torres (1999) nos traz que a criança, ao recebê-lo, já pode iniciar um processo de luto antecipatório. Observando os acompanhantes/cuidadores das crianças internadas, verificou-se que estes também passam por esse processo, assim como os pacientes.

Nesse sentido, é adequado trazer a fala de uma mãe: “Tem coisas que não são como a gente quer, é pra ser. A gente luta pela vida, faz de tudo, mas tem horas que não adianta, que não é para ser.” (Cuidador1).

Essa cuidadora expressa seus sentimentos em relação ao diagnóstico da doença do filho. Por um lado, há a luta dos acompanhantes a favor da reabilitação dos pacientes e, por outro, percepção de que a doença e morte são fatos inevitáveis.

Em meio ao tratamento, a morte da criança - até então nem lembrada - passa a ser uma possibilidade real. Observa-se sentimentos de medo, por parte dos cuidadores, que algo aconteça se deixarem as crianças/adolescentes sozinhos, ainda que por um breve instante. Isso se evidencia na fala de uma mãe: “Não dava pra pregar o olho, porque era tudo silencioso... Imagina se ele tivesse uma (convulsão) e eu estivesse no banheiro? Tinha que ficar acordada sempre.” (Cuidador2). O medo aparece ainda em outra fala: “Tenho muito medo que seja o último beijo, o último abraço.” (Cuidador3).



O momento do tratamento é capaz despertar sentimentos ambíguos, onde a crença na cura e a desesperança podem oscilar. Entretanto, é fundamental que haja o sentimento de esperança, pois ele possibilita a escolha pela continuação do tratamento, como se pode ver na seguinte fala:

"Quando o médico disse pra gente da doença, do tumor cerebral, ele disse que ele (filho) teria 99% de chance de morrer sem a cirurgia e 99% de morrer durante a operação. No entanto, ele tinha 1% de chance, e nós não deixaríamos de crer nesse 1%." (Cuidador1).

No que se refere ao espaço da brinquedoteca, os pais vêem-na como uma oportunidade de estarem em um ambiente mais acolhedor, já que os quartos no ambiente da internação são vistos como "tristes", "frios" e "monótonos". A seguir, duas falas confirmam essa idéia: "Eu não vejo a hora da criança ta bem. Eu achei bem bom esse lugar aqui, pra nós e pras crianças né. Se não tivesse elas iam ficar só naqueles quartinhos tristes." "As crianças agradecem. Eu acho que é bom até para os pais né, só de ouvir uma conversa diferente. A gente fica muito isolado sabe. O quarto lá é um lugar muito monótono." (Cuidador4)

Assim, percebe-se que, em meio ao sofrimento existente do tratamento do câncer, tanto pais quanto pacientes beneficiam-se da brinquedoteca por essa ser um espaço acolhedor e ser um local menos ameaçador dentro do âmbito hospitalar, que costuma despertar muitos temores.

CONCLUSÕES

Através do projeto, torna-se possível a criação de um novo ambiente através da brinquedoteca, o qual propicia interações mais acolhedoras e ao mesmo tempo autonomia para que as crianças possam expressar e elaborar seus sentimentos que por vezes são calados e ignorados, como o medo, as dúvidas e os anseios.

Nesse sentido, facilita-se a elaboração de questões da doença e de sua terapêutica através de jogos, brincadeiras, desenhos, o que permite trabalhar com a subjetividade das crianças para além do hospital e de sua doença física. Além disso, tanto os cuidadores como as crianças têm a oportunidade de falar de suas angústias e são ouvidos em seu sofrimento, tornando-se sujeitos ativos frente à rotina programada e às intervenções impostas pela instituição hospitalar.

Dessa forma, as atividades do projeto continuam a ser desenvolvidas e acredita-se que os objetivos a respeito do mesmo, como a construção de um ambiente mais saudável, seguro, acolhedor e propiciador do brincar às crianças, estão sendo alcançados, o que se confirma através das falas tanto das crianças como dos cuidadores. Espera-se que esses resultados, já observáveis, possam servir de base para uma melhora na realização das atividades e no auxílio ao enfrentamento das questões referentes à doença.

REFERÊNCIAS

MENEZES, C. P.; DRUDE, F.; SANTOS, M. Câncer infantil: Organização familiar e doença. **Revista mal-estar e subjetividade**, Fortaleza, v.7, n.1, p 191-210, mar.2007.
MORETTO, C. C.; CONEJO, S. P.; TERZIS, A. O atendimento em uma instituição de saúde mental infantil. **Vínculo: Revista do NESME**, v.1, n.5, p 55-67, 2008.



ROMANO, B.W.(org). **Manual de psicologia Clínica para hospitais**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2008.

TORRES, W. C. **A criança diante da morte: desafios**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.

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



PSICOLOGIA SOCIAL CRÍTICA: CONTRUINDO ESPAÇOS DIALÓGICOS NO FAZER PESQUISA

Adriane Roso; Daniela Orsato; Rosinéia L. Gass; Maurício M. Moraes; Thiago dos S. Alves

Universidade Federal de Santa Maria - UFSM
Fundo de Incentivo à Pesquisa (Edital PRPGP/UFSM 04/2010- Fipe Júnior)

RESUMO

O presente estudo trata-se de um recorte da pesquisa “Saúde e Minorias Étnicas - Um Olhar Psicossocial sobre as Comunidades Quilombolas Contemporâneas na Região da Campanha-Rio Grande do Sul”. É desenvolvido pelo grupo de pesquisa “Saúde, Minorias Sociais e Comunicação”, da Universidade Federal de Santa Maria, ocorrendo com moradores de uma comunidade descendentes de escravos. Objetiva investigar como se articulam saberes e práticas tradicionais referentes ao processo saúde/doença de sujeitos que vivem em uma comunidade quilombola contemporânea com a cultura moderna. Recorre-se à proposta de pesquisa etnográfica (BEAUD; WEBER, 2007), articulando observações, diário de campo e entrevistas narrativas. A interpretação é feita à luz da Psicologia Social Crítica, sustentando-se numa abordagem qualitativa compreensiva. É tecida a partir do construcionismo social, da Teoria das Representações Sociais, e da idéia neoclássica de modernidade. A entrada dos pesquisadores na comunidade de remanescentes quilombolas foi, inicialmente, acompanhada por estranheza e resistência por parte dos membros da comunidade em relação aos “doutores da universidade”. Com o passar do tempo, a equipe de pesquisadores foi construindo espaços dialógicos e propiciando o estabelecimento de vínculos, e a partir disso pudemos constatar como “novos saberes são produzidos e acomodados no tecido social” (JOVCHELOVITCH, 2008, p.86).

Palavras-chave: Psicologia da Saúde; Psicologia Social Crítica; Minorias Sociais.

INTRODUÇÃO

O grupo de pesquisa “Saúde, Minorias Sociais e Comunicação”, da Universidade Federal de Santa Maria, desenvolve um projeto de pesquisa intitulado “Saúde e Minorias Étnicas - Um Olhar Psicossocial sobre as Comunidades Quilombolas Contemporâneas na Região da Campanha-Rio Grande do Sul”. A pesquisa ocorre com moradores de uma comunidade composta por descendentes de um ex-escravo, localizada na região central do estado do Rio Grande do Sul. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da UFSM (CAAE: 0098.0.243.000-09).

Na modernidade, as ações governamentais voltadas para comunidades remanescentes de quilombos, em geral, são marcadas pela idéia de “incentivo à equidade” por meio da extensão da cobertura de ações já existentes. As políticas voltadas à educação comunitária continuada para saúde ainda partem de uma concepção sanitária e preventiva ainda bastante tradicional, e não começaram a trabalhar a partir das especificidades encontradas nas próprias comunidades (ARRUTI, 2008). Dentre essas especificidades, devemos reconhecer que nelas

os saberes e práticas tradicionais em saúde têm muita relevância e que muitas vezes fazem parte da identidade desses povos.

Dentro desse contexto, o objetivo da pesquisa é conhecer como se articulam os saberes e as práticas tradicionais referentes ao processo saúde/doença, de sujeitos que vivem na comunidade quilombola com a cultura moderna. Especificamente quer se conhecer como se articulam os saberes e práticas tradicionais com os elementos sócio-históricos da modernidade nas comunidades quilombolas, investigando seus saberes e práticas sobre, suas crenças, valores, tabus e representações relacionados ao corpo enquanto agente da cultura, aos processos de cura e de qualidade de vida, e as políticas públicas de saúde.

A pesquisa é estruturada em quatro eixos principais: Mobilização Social e SUS; Reprodução e Sexualidade; Corpo, Religiosidade e Espiritualidade; Drogas Psicotrópicas. Esses eixos não estão separados, mas se interrelacionam e servem como guias nas visitas à comunidade e entrevistas com seus moradores. No momento foram realizadas diversas visitas à comunidade com depoimentos e interações com seus membros sendo que, o processo de entrevistas gravadas já iniciou.

Neste recorte, será dada especial atenção à questão de como representações sociais em relação aos profissionais de saúde influenciaram nossa entrada na comunidade. Também será dada ênfase em como uma escuta dialógica pode colaborar no entendimento das representações construídas pelos moradores participantes da pesquisa e sua articulação com os saberes modernos.

MÉTODO

Trabalhamos com pesquisa etnográfica (BEUAD; WEBER, 2007), articulando diferentes métodos: observação, diário de campo e entrevista narrativa (depoimento). No diário de campo, escreve-se e desenha-se aspectos objetivos, como aparência do local, imagens vistas, comportamento, tradições etc., até elementos subjetivos, como as emoções do pesquisador, preconceitos, valores etc.

As entrevistas são feitas com homens e mulheres adultos, na sua própria comunidade, em local definido pelo/a participante. Usaremos como estímulo a proposta de Bourdieu (1998). Nesse modelo, as entrevistas não partem de perguntas fechadas, pré-determinadas. Os entrevistadores não chegam a lançar uma pergunta inicial; deixam os participantes livres para falar sobre seus cotidianos. É no decorrer das entrevistas que os entrevistadores vão inserindo perguntas (sempre visando o foco da pesquisa). Essa técnica propicia um envolvimento maior dos depoentes no relato de sua história e neste envolvimento podem-se incluir outros aspectos, como mitos, canções significativas, fotografias etc. É como se, ao narrar sua visão sobre determinado fato histórico, a pessoa estivesse tendo a oportunidade de revivê-lo em sua plenitude ou de, finalmente, sentir-se como verdadeiro ator social e não como “meros entrevistados”.

A análise das informações obtidas na pesquisa é feita com base numa abordagem qualitativa compreensiva, a qual enfatiza a base fenomenológica do estudo, uma descrição elaborada dos “significados” do fenômeno para as pessoas ou da cultura a ser examinada. Nela os dados qualitativos consistem em descrições detalhadas da situação, de eventos, de pessoas, de interações, e de comportamentos observados.

A interpretação das informações é tecida a partir dos constructos teóricos de autores que pensam a saúde, corpo e sexualidade enquanto construções sociais (FOUCAULT, 1999; PARKER, 1999; PETCHESKY, 1998) e das concepções de autores que estudam as minorias

étnicas a partir da Teoria das Representações Sociais (JOVCHELOVITCH, 2008; MARKOVÁ, 2006; MOSCOVICI, 2003). O elo da tecelagem interpretativa é a idéia neoclássica de modernidade (HABERMAS, 2001; BAUMAN, 2000; HOBBSAWM, 1995).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A teoria das representações sociais configura um processo dinâmico que reflete a apreensão subjetiva que os sujeitos e comunidades fazem da realidade social em que se encontram inseridos. Segundo Jovchelovitch (2008),

A teoria das representações sociais é uma teoria sobre os saberes sociais. Ela se dirige à construção e transformação dos saberes sociais em relação a diferentes contextos sociais. (...) pertence a uma tradição que chamo de fenomenologia da vida cotidiana, preocupada em 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 (p.87).

Representações emergem como uma estrutura mediadora entre sujeito-outro-objeto, num determinado contexto e tempo, sendo perfeitamente plausível dizer que as representações são ação comunicativa (HABERMAS, 2001), que criam símbolos cuja força reside em sua capacidade de produzir sentido, de significar (JOVCHELOVITCH, 2008). No curso das interações sociais, o modo como se dá a ação comunicativa, dialógica ou não-dialógica, entre sujeito-outro-objeto constitui elemento crucial para entendermos as representações originadas.

Certas experiências vivenciadas na comunidade, que envolveram profissionais da saúde, foram acomodadas ao seu tecido social como práticas sem credibilidade e que merecem cautela. Foram interações não-dialógicas, pautadas pela ética individualista-liberal característica de políticas neoliberais globalizadoras. As informações colhidas nos levam a crer que 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 transferência negativa e uma possível resistência para trabalhos posteriores.

Nossa entrada na comunidade também foi balizada por tais representações. Encontramos muita resistência inicialmente, e inclusive, no momento em que buscamos o consentimento do líder para realizar as entrevistas, fomos questionados sobre a importância de se fazer a pesquisa e sobre a validade de perguntar sobre a saúde dos moradores: “*Não adianta só falar se não se fizer alguma coisa...*” (A., líder da comunidade).

Com o passar do tempo, a equipe de pesquisadores foi construindo espaços dialógicos e propiciando o estabelecimento de vínculos, e a partir disso pudemos constatar como “novos saberes são produzidos e acomodados no tecido social” (JOVCHELOVITCH, 2008, p.86).

Percebeu-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. Outras narrativas relatavam mais diretamente a desatenção dos profissionais da saúde para com certas populações, como fica explícito na fala de Y.:



“E o remédio pra menopausa eu nunca ganhei...Não sei, eu fiz um exame com a Mariana [profissional da saúde] 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”.

Percebemos que essas vivências podem colaborar para a descontinuidade de tratamentos de saúde e para a própria descrença no sistema gratuito de saúde, representado como “pior” que atendimentos pagos.

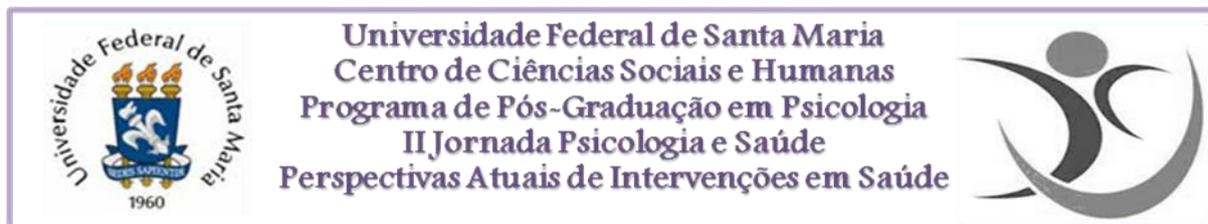
"Quando os moradores têm dúvidas sobre o saber médico e desacreditam na eficácia de medicamentos, de certa forma estão questionando o saber científico instituído. Ao esfarelar um medicamento à nossa frente ou dizer que o modo como elas identificam, por exemplo, estão questionando esse saber instituído, que afirma que somente o que é sistematicamente provado pode ser considerado conhecimento". Por outro lado, o desaparecimento da figura da parteira, o desejo de controlar a natalidade e não ter mais filhos como as mulheres do passado, assinalam uma articulação dos saberes modernos com a vida cotidiana dos quilombolas.

CONCLUSÕES

Para dar prosseguimento à etapa das entrevistas narrativas, continua sendo necessário investir na dialogicidade, de modo que futuros estranhamentos e processos de resistência não se instaurem. Para isso, devemos partir do pressuposto da polifasia cognitiva, considerando a coexistência de diferentes saberes. Não basta aplicar os conhecimentos teóricos adquiridos durante a formação acadêmica do pesquisador, mas é necessário se despir de seus próprios preconceitos e instaurar uma escuta que possibilite empatia, respeito e cuidado ético com o Outro. Pautado por tal ética, será possível visulizarmos como a comunidade em questão forma sua representações relacionados a saúde, suas crenças, seus valores, sua tradição, assim como a maneira como está acomodando ao seu corpo social os elementos da modernidade.

REFERÊNCIAS

- ARRUTI, J. M. Políticas públicas para quilombos - Um ensaio de conjuntura a partir do exemplo da Saúde. **Contexto Quilombola**, n.11, Julho 2008. Publicação Virtual de KOINONIA. Disponível em: <http://www.koinonia.org.br/tpdigital/detalhes.asp?cod_artigo=208&cod_boletim=12&tipo=Artigos>. Acesso em: 12 jan. 2009).
- BOUDIEU, P. **O poder simbólico**. (2 ed.). Rio de Janeiro, RJ: Bertrand do Brasil, 1998.
- BAUMAN, Z. **Em busca da política**. Rio de Janeiro: Zahar, 2000.
- BEUAD, S.; WEBER, F. **Guia para a pesquisa de campo: Produzir e analisar dados etnográficos**. Petrópolis: Vozes, 2007.
- FOUCAULT, M. **Em defesa da sociedade**. São Paulo: Martins Fontes, 1999.
- HABERMAS, J. **A constelação pós-nacional**. Ensaios políticos. São Paulo: Littera Mundi, 2001.
- HOBSBAWN, E. **A era dos extremos**. O breve século XX. 1914-1991. São Paulo: Companhia das Letras, 1995.
- JOVCHELOVITCH, S. **Contextos do saber: Representações, comunidade e cultura**. Petrópolis: Vozes, 2008.



MARKOVÁ, I. **Dialogicidade e representações sociais:** as dinâmicas da mente. Petrópolis: Vozes, 2005.

MOSCOVICI, S. (2003). **Representações sociais:** investigações em psicologia social. Petrópolis: Vozes, 2003.

PARKER, R., HERDT, G., CARBALLO, M. Sexual culture, HIV transmission, and AIDS research. In R. Parker, & P. Aggleton (Eds.), **Culture, society and sexuality.** A reader, pp. 419-433. Philadelphia, PA: UCL Press, 1999.

PETCHESKY, R. Introduction. In Petchesky, R. P.; Judd, K.(Eds.). **Negotiating reproductive rights.** Women's perspectives across countries and cultures, pp.10-25. New York, NY: Zed Books/ International Reproductive Rights Research Action Group (IRRRAG), 1998.

UMA POLÍTICA SOCIAL NA ÁREA DA SAÚDE

Francine Ziegler Leal

Centro Universitário Franciscano - UNIFRA

RESUMO

Analisar a política social na área da saúde O TFD (Tratamento Fora do Domicílio) nos pacientes internados no Hospital Universitário de Santa Maria.

Palavras-chave: Políticas Sociais; TFD; Pacientes.

INTRODUÇÃO

Ao observar que a grande maioria dos pacientes que internam no HUSM é de outros municípios e que precisam do TFD para dar continuidade ao atendimento, percebe-se a importância da comunicação com os municípios, secretarias de saúde e paciente. É preciso que aja uma interlocução entre usuários e as Instituições, tanto no conhecimento do TFD como na emancipação do usuário, porque ele tem esse direito. O TFD oferece consultas, tratamento ambulatorial, hospitalar/cirúrgico previamente agendado, passagens de ida e volta aos pacientes e, se necessário, a acompanhantes também, para que possam se deslocar até o local onde será realizado o tratamento e retornar a sua cidade de origem, ajuda de custo para alimentação e hospedagem do paciente e/ou acompanhante enquanto durar o tratamento.

O Tratamento fora de Domicílio TFD está instituído pela Portaria nº. 55/99 da Secretaria de Assistência à Saúde (Ministério da Saúde). É um instrumento legal que visa a garantir, através do SUS, tratamento médico a pacientes portadores de doenças não tratáveis no município de origem, quando esgotados todos os meios de atendimento.

Então, se todas as partes buscarem pela plena saúde do paciente, tudo ocorrerá tranquilamente, mas nem sempre é o que acontece.

Agrega-se então a necessidade de aumentar o repasse de recursos financeiros, humanos, materiais e institucionais para o desenvolvimento satisfatório dos programas, além de associá-los a outras política estruturantes, como saúde, educação e trabalho[...]. (SILVA, M. O. S, et.al ;2004,p.122)

Alguns exemplos de quando o TFD é ou não autorizado

Quando o TFD não é autorizado:

Para procedimentos não constantes na tabela do SUS; Para tratamento para fora do país; Para pagamento de diárias a pacientes durante o tempo em que estiverem hospitalizados no município de destino; Em tratamentos que utilizem procedimentos assistenciais contidos no Piso de Atenção Básica (PAB) ou em tratamentos de longa duração, que exijam a fixação definitiva no local do tratamento; Quando não for explicitado na Programação Pactuada Integrada – PPI dos municípios a referência de pacientes em Tratamento Fora de Domicílio; Para custeio de despesa de acompanhante, quando não houver indicação médica ou para custeio de despesas com transporte do acompanhante, quando este for substituído.



O TFD é autorizado quando:

Para pacientes atendidos na rede pública, ambulatorial e hospitalar, conveniada ou contratada do SUS; Quando esgotados todos os meios de tratamento dentro do município; Somente para municípios referência com distância superior a 50 Km do município de destino em deslocamento por transporte terrestre ou fluvial, e 200 milhas por transporte aéreo; Apenas quando estiver garantido o atendimento no município de referência ou destino, através do aprazamento pela Central de marcação de Consultas e Exames especializados e pela Central de Disponibilidade de Leitos (horário e datas definidos previamente); Com exames completos, no caso de cirurgias eletivas; e a grande maioria das vezes necessita de ofício do Hospital que esta internando o paciente para solicitar os benefícios prestados .

O paciente formaliza o pedido junto à Unidade Mista ou Secretaria Municipal de Saúde, e esta encaminha os processos de TFD à Regional de Proteção Social - RPS (Regional de Proteção Social é uma estrutura técnico administrativa da Secretária de Saúde Pública (SESPA) que tem o papel de garantir ao usuário do Sistema Único de Saúde (SUS) atendimento especializado com sua descentralização priorizada, conforme compromisso do governo do Estado assumido com a população) competente, acompanhado de ofício, através de malote, ou responsável, não havendo, deste modo, necessidade do paciente ou acompanhante de comparecer na Regional de Proteção de seu município , ou até mesmo do Hospital onde estiver internado. (PEREIRA, 2008, p.86) defende que em vários anos de reflexão conceitual e teórica sobre as políticas sociais, é notório que essas dificuldades para que se efetivem as políticas sociais do país, sofrem uma sua tendência de mundo globalizado e cada vez mais a minimização do papel do Estado, por isso ela constitui-se em uma referência fundamental e oportuna diante dos desafios de uma sociedade em transição.

MÉTODO

Com a observação dos atendimentos aos pacientes, verificou-se que a grande maioria deles não pertence a nosso município e, assim, é preciso contatar com as suas respectivas cidades de origem para solicitar o tratamento fora do domicílio. Muitos municípios têm resistência em fazer o transporte para os pacientes e/ou familiares.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Ao analisar as pessoas/usuários desta política social em que precisam desta para permanecer fora de suas respectivas cidades para tratarem de seus problemas de saúde, e que, muitas vezes não conseguem, por uma burocratização em que acontece por parte do estado/instituições, pois é ele o responsável por garantir essas políticas sociais, mas ao invés de garantir ele burocratiza e dificulta o acesso, e assim precisamos estar sempre com estratégias para tentar conseguir este direito que é de todos, e é dever do estado. A busca pelo direito deve ser uma luta incessante, onde todos na sociedade devem participar, por tratar-se de uma conquista de interesse coletivo, que beneficiará a todos, e também é a busca por cidadania.

CONCLUSÕES

Ozanira (2004) relata que a sociedade só poderá se desenvolver com os seus programas através de uma democratização dos serviços sociais básicos para todos, dessa forma, portanto, é preciso informar, emancipar e esclarecer sobre os direitos aos pacientes que vem de fora,



para que, quando precisarem se deslocar de seus municípios para Tratamento fora do Domicílio, saibam dos seus direitos.

Assim, o TFD consiste em uma ajuda de custo ao paciente e, em alguns casos, também ao acompanhante, encaminhados por ordem médica a unidades de saúde de outro município ou Estado, quando esgotados todos os meios de tratamento na localidade de residência do mesmo, desde que haja possibilidade de cura total ou parcial, limitado no período estritamente necessário a esse tratamento e aos recursos orçamentários existentes. Destina-se a pacientes que necessitem de assistência médico-hospitalar cujo procedimento seja considerado de alta e média complexidade eletiva.

Segundo Berhing (2008) precisamos ter a preocupação com o bem-estar da sociedade e da população, da defesa de condições dignas de existência do ser humano, e é com essas políticas sociais que são as ações governamentais desenvolvidas em conjunto, por meio de programas que proporcionam a garantia de direitos e condições dignas de vida ao cidadão de forma equânime e justa, que conseguiremos obter êxito neste processo de inclusão social a saúde, garantindo então atendimento às necessidades básicas da população.

REFERÊNCIAS

BEHRING, Elaine R.; BOSCHETTI, Ivanete. **Política social: fundamentos e história**.4.ed.São Paulo:Cortez,2008.

PEREIRA, Potyara A.P. **Política Social: temas & questões**. São Paulo: Cortez, 2008.

SILVA, M. O. S.; YASBECK, M.C.; DI GIOVANNI, G. **A Política Social brasileira no século XXI: a prevalência dos programas de transferência de renda**. São Paulo: Cortez. 2004.



ANÁLISE DA VIOLÊNCIA DE UMA FAMÍLIA ATRAVÉS DA TEORIA BIOECOLÓGICA DO DESENVOLVIMENTO HUMANO

Fernanda Altermann Batista; Clarissa De Antoni

Centro Universitário Franciscano - UNIFRA

RESUMO

Atualmente, muitas crianças e adolescentes são vítimas de violência doméstica no Brasil o que se torna um problema de saúde pública, devido a seqüelas tanto físicas quanto psicológicas. O estudo de caso, realizado através do Curso de Especialização em Criança e Adolescente em Situação de Risco pela UNIFRA/RS, apresenta uma análise da violência de uma família através da Teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano. Através da identificação da família acompanhada pelo Conselho Tutelar, Fórum e Prefeitura Municipal de Dilermando de Aguiar/RS referente à situação de abuso físico e negligência, esta foi analisada através da percepção da mãe, em entrevista semi-estruturada, sobre aspectos relacionados à identificação de fatores de risco e proteção e identificação de estilos parentais de educação. Identificaram-se fatores de risco e de proteção na família que a coloca em situação de risco no contexto do desenvolvimento biopsicossocial de seus membros. Os fatores de risco identificados foram: violência conjugal, práticas educativas punitivas, psicopatologia dos genitores e dos filhos, estilo parental negligente e autoritário do pai, uso de álcool/drogas e condições socioeconômicas precárias. Os fatores de proteção identificados foram: tratamento psiquiátrico e psicológico da genitora, desejo de mudar a situação familiar, valorização do trabalho, valores morais e espirituais e serviço de atenção especializada à família. A presença de fatores de riscos severos e intensos são causas e conseqüências das relações impostas e vividas. Trabalhar com os fatores de proteção, intensificando a rede de apoio social familiar e a rede de atendimento pode contribuir para amenizar essa forma de interação familiar.

Palavras-chave: Violência doméstica; Fatores de risco; Fatores de proteção familiares.

INTRODUÇÃO

Segundo Relatório da Situação Mundial da Infância (2007), todos os anos cerca de 275 milhões de crianças em todos os lugares do mundo são vítimas de violência doméstica em conseqüência de uma vida familiar turbulenta.

Existem vários estudos que procuram entender e conceitualizar a violência contra crianças e adolescentes. Guerra (2001) usa o termo Violência Doméstica contra Crianças e Adolescentes e entende que representa todo ato ou omissão praticado por pais, parentes ou responsáveis contra crianças e/ou adolescentes sendo capaz de causar dano físico, sexual e/ou psicológico à vítima.

Dentre as conseqüências da violência doméstica vivenciada pelas crianças observam-se danos físicos e psicológicos que podem prejudicar a capacidade de aprendizagem, socialização, dificultando o desempenho escolar e o desenvolvimento de amizades.

A situação da infância no município de Dilermando de Aguiar, conforme o mapeamento da situação da infância realizado pelo Conselho Municipal de Direitos das Crianças e dos Adolescentes, em 2008, encontra-se em estado de alerta.

Segundo registros efetuados no Conselho Tutelar de Dilermando de Aguiar, entre janeiro de 2006 e março de 2008, houve 176 registros de ocorrências envolvendo um total de 223 crianças e adolescentes com direitos ameaçados ou violados, sendo 80% do total de crianças e adolescentes localizados na zona urbana.

Dentre os tipos de violações observadas quanto ao Direito a Convivência Familiar e Comunitária estabelecida no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), observou-se um alto índice de violência doméstica contra as crianças e adolescentes compreendidas entre negligência, violência física, psicológica e sexual. O agente violador foi caracterizado pelo pai e mãe em 56,41% dos casos.

Diante dessa situação de violência vivenciada pelas crianças, o presente estudo procurou identificar e avaliar um processo de intervenção com uma família envolvida com essa realidade, especificamente com abuso físico e negligência, no município de Dilermando de Aguiar.

Esse estudo desenvolveu-se através de uma abordagem qualitativa do problema, envolvendo estudo de caso da família acompanhada pelo Conselho Tutelar, Fórum e Prefeitura Municipal. Procurou-se identificar, através de entrevista semi-estruturada com a genitora e observação da dinâmica familiar, fatores de risco e proteção, estilos parentais relacionados à educação dos filhos e a forma de vínculo entre a genitora e os filhos.

MÉTODO

A metodologia utilizada na realização desse estudo consta de uma abordagem qualitativa do problema, envolvendo a forma de estudo de caso de uma família envolvida com violência doméstica contra crianças e adolescentes. Yin (2005) coloca a importância do estudo de caso principalmente quando o pesquisador tem pouco controle sobre os acontecimentos e quando o foco se encontra em fenômenos contemporâneos inseridos em algum contexto da vida real.

Através da identificação da família acompanhada pelo Conselho Tutelar, Fórum e pela equipe técnica da Prefeitura de Dilermando de Aguiar devido a situação de abuso físico e negligência contra as crianças e adolescentes, o sistema familiar foi analisado através da percepção da mãe em entrevista semi-estruturada, abordando aspectos relacionados à: identificação de fatores de risco e proteção na família, formas de vínculo entre a mãe e os filhos, identificação de estilos parentais relacionados a educação dos filhos. Foram realizadas observações, através de visitas domiciliares, a fim de identificar a dinâmica familiar, formas de resolução de conflitos, condições de moradia. Dados relacionados à condição de saúde dos membros familiares e ao acompanhamento psicológico prestado por profissional da prefeitura também foram coletados.

Os modelos teóricos utilizados para análise dos dados são o modelo proposto por Koller e De Antoni (2004) que busca identificar fatores de risco e proteção, de acordo com o modelo PPCT proposto pela Teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano, fundamentais para avaliações onde constam violência intrafamiliar e pesquisas relacionadas à temática. A análise dos fatores de risco e proteção, vínculos afetivos e estilo parental de educação incluem: a história anterior da família, autopercepção, interação, educação, patologias, relacionamento com os filhos, rede de atenção à família. Variáveis de saúde, sociais e econômicas também

são analisadas e compreendidas na sua totalidade e nos contextos ecológicos que incluem o eu ecológico, microsistema, mesossistema, exossistema e macrosistema.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir do levantamento realizado, observam-se diferentes fatores de risco e proteção identificados na família referenciada nesse estudo.

Em relação aos fatores de risco, partindo da análise do Eu Ecológico, referenciado pela percepção da mãe, através da entrevista e do atendimento psicológico, observaram-se história de abuso físico, negligência e abandono na infância, psicopatologia e sentimento de solidão em relação à falta de apoio de seu esposo na divisão de papéis familiares.

Analisando o microsistema representado pela família observam-se vários fatores de risco como: violência conjugal, práticas educativas punitivas, psicopatologia do pai e dos filhos e não tratamento, sobrecarga de papéis, estilo parental negligente e autoritário do pai, alcoolismo/uso de drogas ilícitas pelo pai e não tratamento, falta de limites dos filhos, prática disciplinar divergente dos pais, relação agressiva entre pai e filhos e não valorização da moradia.

Quanto aos fatores de risco associados às patologias do pai e dos filhos e o não tratamento entende-se como fator agravante dos conflitos familiares.

De Antoni (2005) entende as patologias como a presença de doenças ou sintomas que podem influenciar as interações familiares pela forma como são conduzidas e não tratadas.

Aborda também que os diagnósticos mais encontrados nesses casos de violência intrafamiliar são desordens cognitivas, desordens de personalidade anti-social e comportamentos psicóticos. Estes se encontram associados à presença de delírios, alucinações ou comportamentos envolvendo excitação e hipersensibilidade exageradas De Antoni (2007) e Benetti (2002).

Sintomas ligados ao descontrole emocional também podem acarretar episódios maníacos e depressivos podendo levar a comportamentos onde há aumento de agressividade ou perda de atividade.

Já o uso de drogas ilícitas e álcool por parte do pai pode ocasionar o desencadeamento de problemas legais, sociais e interpessoais corroborando para a negligência em relação aos filhos, conflitos conjugais, agressões verbais e corporais.

Os fatores de risco identificado no contexto mesossistema foram: filho mais velho não estar na escola, filhos menores com dificuldade de relacionamento na escola e repetência, além da baixa escolaridade dos pais.

No contexto exossistema foram identificados fatores de risco relacionados às condições socioeconômicas da família como a pobreza, o desemprego. Também foram identificados uma ineficaz rede de apoio social e afetiva e conflito com a lei por parte do pai.

No contexto macrosistema encontra-se crença em práticas educativas punitivas corporais, cultura da violência contra a mulher e ausência de conhecimento sobre o ECA e sobre a Lei Maria da Penha.

Quanto aos fatores de proteção apresentados nesse estudo de caso observaram-se no contexto Eu Ecológico a aceitação da genitora de sua patologia bem como o tratamento psicoterápico e medicamentoso, a consciência de sua história, boas habilidades interpessoais, desejo de mudar a situação familiar, bom vínculo afetivo com filhos e tentativa de protegê-los contra a violência do pai.

No contexto do microsistema familiar observou-se como fator de proteção a procura por trabalho por parte do pai e do filho na tentativa de auxiliar no sustento da família.

A religiosidade e expectativas quanto ao futuro sem violência, observadas, são consideradas importantes fatores de proteção na medida em que desenvolve valores morais e espirituais.

Sentimentos de valorização podem ser vistos como indicadores de proteção, pois favorecem o incremento da auto-estima da família. A valorização do trabalho e dos estudos por parte da mãe pode auxiliar seus filhos a perceberem a formação profissional e acadêmica como conquistas para o futuro.

No contexto mesossistema foi apontado como fator de proteção o serviço de acompanhamento psicológico que fortaleceu a mãe quanto ao autoconhecimento e auto-estima para que enfrentasse as situações de conflito familiar de forma mais adaptada. O Serviço de Atenção Especializada aos filhos em função das violações de direitos foi considerado importante pela mãe no auxílio aos seus filhos a entenderem melhor a situação familiar e dar suporte emocional para enfrentarem essas situações. O serviço de saúde foi considerado importante também em função do acesso a consultas especializadas de psiquiatria e pelo acompanhamento realizado pelos profissionais de saúde.

Nos contextos exossistema e macrosistema foram considerados como fatores de proteção as políticas públicas na área social. A não aceitação por parte da mãe e filhos da violência e crença no casamento e na sua família foi considerada importante.

CONCLUSÕES

Observa-se, na história da família estudada, a presença de fatores de risco severos e intensos que são causas e conseqüências das relações violentas impostas e vividas. No entanto, cada família possui um universo único que deve ser analisado e pensando em termos de estratégias de intervenção. Trabalhar com os fatores de proteção, intensificando a rede de apoio social familiar e a rede de atendimento pode contribuir para amenizar essa forma de interação familiar.

Sugere-se que os profissionais possam utilizar esse modelo de análise na sua prática a fim de compreender esse fenômeno, a violência. Assim, podem propor ações que vão além de tratamentos centrados na pessoa, isto é, ações ampliadas para a família em desenvolvimento e nos diversos contextos que ela participa. Talvez com mudanças macrosistêmicas possa-se efetivamente amenizar o sofrimento das famílias que estão inseridas nesse processo.

REFERÊNCIAS

- BENETTI, Sílvia Pereira da Cruz. Maus-tratos da criança: abordagem preventiva. In: HUTZ, C. S., **Situações de risco e vulnerabilidade na infância e na adolescência**: aspectos teóricos e estratégias de intervenção. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.
- DE ANTONI, Clarissa. **Coesão e Hierarquia em Famílias com História de Abuso Físico**, Tese de Doutorado, UFRGS, 2005, disponível em: <http://www.msmedia.com/ceprua/ClarissaDeAntoni.pdf>.
- DE ANTONI, Clarisse. BARONE, Luciana Rodrigues, KOLLER, Sílvia Helena, Indicadores de Risco em Famílias Fisicamente Abusivas. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, Abr-Jun 2007, vol. 23 n. 2, PP. 125-132.



DE ANTONI, Clarisse & KOLLER, Silvia Helena. A Pesquisa Ecológica sobre Violência no Macrossistema Familiar. In: KOLLER, Silvia Helena (org.). **Ecologia do Desenvolvimento Humano**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

GUERRA, Viviane Nogueira de Azevedo, **Violência de pais contra filhos: a tragédia revisitada**, São Paulo: Cortez, 2001.

UNICEF. **Situação Mundial da Infância 2007**, Disponível em: <http://www.unicef.org/brazil/pt/sowc07.pdf>

YIN, Robert K., **Estudo de Caso: Planejamento e métodos**, trad. Daniel Grassi, 3 ed, POA: Bookman, 2005.

POSSÍVEIS INTERVENÇÕES DA PSICOLOGIA HOSPITALAR EM PACIENTES DA MASTOLOGIA DO HUSM

Carolina Fernandes de Castro; Alberto Manuel Quintana; Valéri Pereira Camargo

Universidade Federal de Santa Maria - UFSM

RESUMO

Esse trabalho faz referência a um projeto de extensão desenvolvido em um hospital-escola. Nele são realizados atendimentos ambulatoriais e beira-leito a pacientes com neoplasias. O câncer é uma doença com um forte estigma social que, comumente, é associado com a ideia de morte, trazendo como consequência uma grande angústia a pacientes e seus familiares. Neste sentido, o atendimento psicológico para as pacientes que recebem o diagnóstico de câncer faz-se necessário devido à exacerbação de sentimentos ansiogênicos, no intuito de facilitar a elaboração do diagnóstico e um melhor enfrentamento da doença e do tratamento. Os atendimentos são feitos na proposta de terapia breve de apoio, descrita por Cordioli (1998), onde o processo de ação terapêutica tem como objetivo diminuir a ansiedade de um paciente que sofra de dificuldades emocionais, proposta que tem se mostrado eficiente no acompanhamento de pacientes da área hospitalar cuja principal dificuldade está em lidar adequadamente com algum distúrbio somático que o levou ao hospital. O atendimento beira-leito é feito através de encaminhamentos da equipe multidisciplinar de mastologia do hospital e o atendimento ambulatorial é feito logo após o diagnóstico dado pela equipe médica. Se for necessário novos atendimentos são marcados ao final da sessão. Percebe-se, com a realização desse trabalho, uma facilitação na elaboração do diagnóstico e consequente tratamento, assim como uma melhor comunicação da paciente com a equipe de saúde, intermediada pela psicologia.

Palavras-chave: Psicologia Hospitalar; Neoplasias; Diagnóstico.

INTRODUÇÃO

Sendo o câncer uma doença com um forte estigma social, o diagnóstico é vivido tanto pela paciente quanto por sua família como um momento de intensa angústia, onde a possibilidade de morte e mutilação se fazem muito presentes e frequentemente é gerador de processos depressivos na paciente, não tratando aqui de uma patologia psíquica, mas sim de uma intervenção frente a uma situação de crise vital.

Ao descobrir-se com diagnóstico de câncer de mama, a tendência é a desestabilização do sujeito pela gravidade e significados que essa patologia possui. Cada paciente reage de forma individual acerca de seu diagnóstico e dos aspectos psicossociais envolvidos nesse processo, podendo ser a negação um mecanismo de defesa nesta circunstância. O atendimento psicológico para as pacientes que recebem o diagnóstico de câncer faz-se necessário devido à exacerbação de sentimentos ansiogênicos, no intuito de facilitar a elaboração do diagnóstico e um melhor enfrentamento da doença e do tratamento.

De acordo com os estudos realizados pelo Instituto Nacional de Câncer, na mulher os tumores mais comuns seriam os de mama e de colo do útero (INCA, 2008). O índice de câncer de mama antes dos 35 anos de idade é pequeno, mas acima desta faixa etária sua incidência cresce rápida e progressivamente.

Desde a década de 70 a medicina tem se dedicado mais ao impacto psicossocial da doença. Estudos dessa época delinearão que as mulheres sofrem desconforto psicológico, como ansiedade, depressão e raiva; mudanças no padrão de vida, relacionadas ao casamento, vida sexual e atividades no trabalho, e, ainda, medos e preocupações concernentes à mastectomia, recorrência da doença e morte (MEYEROWITZ apud SILVA, 2008).

Estudos têm apontado que a primeira preocupação da mulher e sua família após receberem o diagnóstico do câncer de mama é a sobrevivência. Em seguida surge a preocupação com o tratamento e condições econômicas para realizá-lo; e quando o tratamento está em andamento, as inquietações se voltam para a mutilação, a desfiguração e suas consequências para a vida sexual da mulher (CARVER, 1993; DUARTE; ANDRADE, 2003; GANDINI, 1995; GIMENES; QUEIROZ, 2000 apud SILVA, 2008).

A mastectomia é um impacto muito grande no ponto de vista psicológico na percepção da sexualidade, na imagem pessoal e na autoestima da mulher, e o trabalho da psicologia no ambulatório tem ajudado na compreensão do tratamento contra o câncer, além de ajudar a paciente a pensar sobre seu adoecimento e decidir sobre seu próprio corpo.

Para Vieira, Lopes e Shimo (2007) “O câncer de mama desestrutura a mulher no sentido de trazer para a sua convivência a incerteza da vida, a possibilidade de recorrência da doença e a incerteza do sucesso do tratamento”.

O desejo de fuga se faz presente durante o tratamento e a importância da escuta e do investimento que possa vir do outro que ampara, que dá continência para a vivência de fragmentação, redobra-se, até que a própria paciente se reencontre com o desejo de reinvestir em si e nos objetos (ZECCHIN, 2004).

Considerando, a importância dos fatores psíquicos no processo de enfermidade/tratamento, o acompanhamento psicológico tem acontecido antes, durante e depois do tratamento da neoplasia maligna de câncer de mama e útero. No ambulatório de mastologia, é realizado acompanhamento psicológico de apoio com as pacientes, bem como os familiares das mesmas, os quais, a critério da equipe, precisem de uma intervenção psicológica, são feitos também, atendimentos individuais com as pacientes internadas no hospital para o pré ou pós cirúrgico utilizando a mesma técnica de Terapia Breve, além de um grupo multidisciplinar chamado Grupo Renascer que acontece nas dependências do hospital há 18 anos, do qual participam mulheres que estão realizando ou já realizaram o tratamento do câncer. No grupo busca-se proporcionar um espaço de escuta e trocas entre os participantes.

Objetiva-se, proporcionar a escuta e o acolhimento das pacientes diagnosticadas com câncer. Ainda, através de intervenções com enfoque na Terapia Breve, facilitar a elaboração do diagnóstico e processo de tratamento. Também, visa-se criar um espaço onde as mulheres possam expressar suas angústias e fantasias relativas ao adoecimento, de forma a possibilitar a criação de narrativas que venham a produzir novas significações em suas vidas.

MÉTODOS

No ambulatório é realizado acompanhamento psicológico de apoio com aquelas pacientes com câncer de mama e de útero, 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 oncologia de um hospital-escola e de acordo com a estratégia da Terapia Breve de Cordioli (1998), onde o processo de ação terapêutica tem como objetivo diminuir a ansiedade de um paciente que sofra de dificuldades emocionais, proposta que tem se mostrado eficiente no acompanhamento de pacientes da área hospitalar cuja principal dificuldade está em lidar adequadamente com algum distúrbio somático que o levou ao hospital. Uma primeira sessão é feita após o diagnóstico e no final desta é avaliada a necessidade de haver mais encontros. Se preciso, estes são previamente agendados com a paciente, porém sem ultrapassar cinco sessões. Se avaliada a necessidade de uma terapia com maior frequência, a paciente é encaminhada para um serviço de psicologia da sua cidade.

Também são feitos atendimentos individuais com as pacientes internadas para o pré ou pós cirúrgico, estes atendimentos tem os mesmos preceitos dos realizados no ambulatório, porém com enfoque na cirurgia.

Além dos trabalhos individuais, existe o Grupo Renascer que é multidisciplinar e acontece nas dependências do hospital há 18 anos, do qual participam mulheres que estão realizando ou já realizaram o tratamento do câncer. Nesse espaço é possível compartilhar a nível grupal as experiências sobre a doença e tratamento, independente do estágio da doença, para troca de experiências, esclarecimentos sobre a evolução e prevenção da doença pelos profissionais da saúde, cada um em sua especialidade. Os grupos são quinzenais e a equipe técnica conta com a colaboração de profissionais das áreas de: Enfermagem, Fisioterapia, Medicina e Psicologia. No grupo busca-se proporcionar um espaço de escuta e trocas entre os participantes, objetivando desconstruir os mecanismos de defesa das pacientes, proporcionar melhor entendimento acerca do quadro clínico e diminuir angústias inerentes à situação presente.

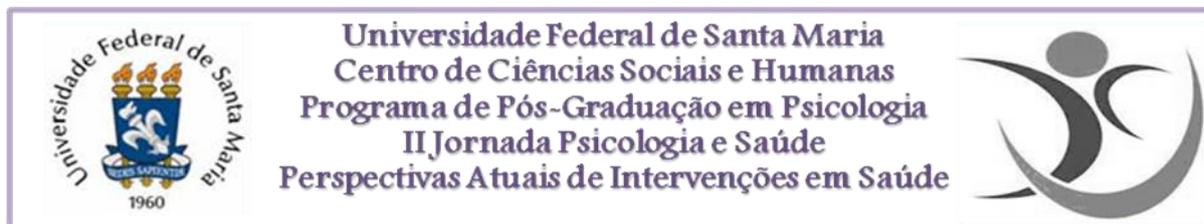
RESULTADOS E DISCUSSÃO

Notamos que o câncer é uma doença que remete diretamente a morte, trás muitas dúvidas aos pacientes, o que causa ainda mais angústia à eles e à seus familiares, dúvidas que vão de “Posso tomar remédio pra dor de cabeça?” ou “Preciso mudar minha alimentação para ajudar na cura?” até “O tratamento é todo de graça no HUSM? ”, dúvidas que muitas vezes são desconsideradas pela equipe de saúde. Assim, esse é um importante papel da psicologia no ambulatório, fazer um ‘meio campo’ entre paciente-médico, favorecendo a troca de informações e comunicação.

“Quanto aos familiares, as dúvidas geralmente eram de como agir com a paciente, o que falar ou não sobre o diagnóstico da doença, o que fazer ou não fazer frente a paciente e sua doença” (CAMARGO et al, 2010).

Quanto ao câncer de mama mais especificamente, o período diagnóstico, e mesmo a 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).

Com os atendimentos realizados, bem como com as leituras feitas, percebe-se que primeira preocupação da mulher após receber o diagnóstico do câncer de mama é a sobrevivência, logo surgem as preocupações com o tratamento e condições econômicas para realizá-lo, já durante o tratamento as inquietações se voltam para a mutilação, a desfiguração e suas consequências para a vida sexual da mulher.



A incidência do câncer de mama vem aumentando em todo mundo, acometendo as mulheres em idade cada vez mais jovem, o que dá a sensação de que ninguém está imune a ele.

É importante, ainda, ter em mente que ao se falar em morte estamos falando não apenas da morte física. Esta é vivida também pelo 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).

CONCLUSÕES

O câncer é uma doença com forte estigma social e associada a morte, assim, já o momento do diagnóstico antecipa a angústia inerente ao tratamento intrusivo. Além disso, a descoberta de uma doença rememora a noção de fragilidade do ser humano, que vai considerar questões de luto e morte por perceber em si a manifestação da doença.

Assim, através da execução do projeto de extensão, há a possibilidade do momento do anúncio diagnóstico ser acompanhado por uma acadêmica da psicologia. Com as intervenções que objetivam dar voz aos sentimentos calados e à própria angústia do adoecimento, percebe-se que há uma facilitação no enfrentamento da situação.

A psicologia é um campo que tem se inserido cada vez mais no âmbito hospitalar, através de múltiplas atuações com pacientes e familiares. Entretanto, deve-se considerar a importância desse profissional se integrar a equipe multidisciplinar, trocar informações sobre a paciente e decidirem em conjunto os procedimentos a serem adotados. Esse aspecto é considerado, atualmente, um desafio para o projeto de atendimento a mulheres com neoplasias malignas.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. **Instituto Nacional do Câncer**. 2008. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br>>. Acesso em 10 jul. 2010.
- CAMARGO, Valéri Pereira et al. Acompanhamento psicológico a pacientes com câncer de mama e útero em hospital universitário. **CATAVENTOS – Revista de Extensão da Universidade de Cruz Alta**. Ano 2, n.1, nov. 2010.
- CORDIOLI, Aristides Volpato. (org.). **Psicoterapias: Abordagens atuais**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.
- NASCIMENTO, L. C. et al. Crianças com câncer e suas famílias. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v.39, n.4., jun. 2005.
- SILVA, L. C. Câncer de mama e sofrimento psicológico: aspectos relacionados ao feminino. **Psicologia em estudo**. vol.13, n.2, jun 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722008000200005&lang=pt>. Acesso em: 20 jul. 2010.
- VIEIRA, C. P., LOPES, M.H.B.M.; SHIMO, A.K.K. Sentimentos e experiências na vida das mulheres com câncer de mama. **Revista da escola de enfermagem da USP**, v.41, n. 2, ano7, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n2/19.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2010
- ZECCHIN, R. N. **A perda do seio: Um trabalho psicanalítico institucional com mulheres com câncer de mama**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

A CLÍNICA DA LOUCURA: O PAPEL DOS ESTÁGIÁRIOS DE PSICOLOGIA EM UM CAPS INFANTIL

Paula Argemi Cassel; Eduardo Tomm; Fernanda Steffen Culau; Laura Anelise Faccio
Wottrich; Maristela Jaqueline Reis Peixoto; Marisangela Spolaôr Lena; Hericka Zogbi J. Dias

Universidade Federal de Santa Maria - UFSM

RESUMO

O presente trabalho surge de discussões realizadas em supervisões de estágio específico de acadêmicos do curso de Psicologia da Universidade Federal de Santa Maria sobre o papel do estagiário de psicologia inserido em um serviço de saúde mental infantil. Este estágio conta, atualmente, com quatro acadêmicos do curso de Psicologia, sendo três do décimo semestre e um do oitavo semestre, supervisionados por uma professora do Departamento de Psicologia e por uma psicóloga do serviço. O estágio teve início em março de 2010 e está em andamento. Dentre as atividades realizadas destacam-se o atendimento individual a crianças e adolescentes, a participação na coordenação de grupos, a participação nas reuniões de equipe e as supervisões clínica e institucional. Um dos assuntos mais discutidos em supervisão é o papel dos estagiários no serviço, devido a sua dificuldade de definição, visto que são muitas as responsabilidades a eles atribuídas. O tratamento de transtornos psíquicos graves na infância e adolescência somado à inserção em um serviço que trata da loucura exige do estagiário um preparo que, até então, não é tido durante a graduação, pois vai além da teoria ensinada em sala de aula e em uma revisão bibliográfica. Demanda destes um preparo e empenho pessoais, com uma postura crítica frente as suas intervenções, nas mais diversas possibilidades de atuação que o serviço dispõe.

Palavras-chave: Estágio; CAPSI; Psicologia.

INTRODUÇÃO

Nesta elaboração discursiva que, de alguma forma, está perpassada pela prática como estagiários de psicologia de um centro de atenção psicossocial da infância e adolescência, pretende-se discorrer a respeito do tema da psicologia nas instituições de saúde mental infantil. Tendo em vista a amplitude do tópico, deseja-se delimitá-lo colocando como norte de pensamento e entendimento da atuação do psicólogo na atenção à saúde mental, a psicanálise.

Justifica-se esse direcionamento trazendo algumas compreensões de Alberti (2008). A psicanálise, de acordo com a autora citada, alça aquele que fala a um lugar de sujeito, justamente pela necessidade que este enquanto identificado nesta posição tem de discursar e, a partir daí, se responsabilizar, se implicar. É importante pontuar que quando se refere a esse sujeito que discursa, entende-se que esse discurso vai muito além da fala, especialmente quando se pretende assistir crianças e adolescentes, pois muitas vezes estes sujeitos não dispõem, ou melhor, não se utilizam do mecanismo da palavra, mas de outros que têm o mesmo valor terapêutico, como o brincar, o tocar, o olhar, o ato próprio.



Além de considerar que cada ser humano possui cidadania como direito à assistência e à ajuda, este ser, muito mais que isso, é e deve ser apontado como um sujeito. Portanto, a psicanálise propõe que este tenha o direito de ser indivíduo e de ser singular, independente do que o acomete psiquicamente, pois ele continua sentindo, sofrendo, amando, ele não se torna mais ou menos por aquilo que o invade mentalmente, não há saberes prévios sobre esse sujeito, não se pode haver generalizações no entendimento desse sujeito. (ALBERTI, 2008). E não se pode excluir, de forma alguma – já que estamos abordando a infância e a adolescência – as pessoas que convivem com essas crianças e adolescentes, visto que são sujeitos que compõem a rede inicial de inserção social destes.

Dessa forma, a clínica acaba por se ampliar, estendendo-se para pais, cuidadores, professores, outras crianças e adolescentes (PINTO, 2007). Do mesmo modo, esta clínica toma para si outros domínios da vida do sujeito, como escola, lazer, relações diversas, expandindo-se de forma vasta. Ou seja, de forma não homogênea, que abarca diversos campos de inserção do sujeito. Aqui, a clínica embasada na psicanálise insere-se como um meio que dá vazão para que a singularidade do sujeito possa emergir, quando este se depara com o enfrentamento do conflito que o individualiza. O conflito o particulariza, pois este conflito atinge a todos, mas cada um passa por ele de forma singular. Por isso, cada pessoa é diferente da outra, cada um se coloca de modo diferenciado no mundo (RINALDI, 2008).

No trabalho com crianças e adolescentes, e especialmente nos serviços de atenção psicossocial que assistem um público acometido por quadros psíquicos grave, a verbalização não se fará presente sempre, situação que precisa ser encarada ‘de frente’ por aqueles que atentam para esta demanda. Aqui, a ambição é apresentar a necessidade de que o profissional sustente um posicionamento de não hesitação frente àquilo que parece ser da ordem do impossível, do sem sentido, do inefável, pois é através dessa postura sustentadora da relação bipessoal – psi e criança/adolescente/família – que existe a possibilidade da construção de um trabalho subjetivo, o qual anseia significar situações que, a priori, seriam apenas ações sem sentido (PINTO, 2007).

É imprescindível que se tenha em mente que os centros de atenção psicossocial (CAPS) não são simplesmente serviços de saúde mental, mas são sobretudo um conceito. Têm como característica ser uma forma de cuidar, de acolher, de escutar, de intervir territorialmente, isto é, de ir além das paredes de uma estrutura física, de se articular com outras esferas que cruzam a vida do sujeito; igualmente, devem estar sempre acessíveis aos que os procuram, visto que estão historicamente substituindo um modelo asilar, manicomial, que excluía dos olhos da sociedade o sofrimento psíquico grave. Dito isto, fica claro que os CAPS têm uma função social de responder a específicos acontecimentos psíquicos, acolhendo-os. Claro que esta função social está vinculada a uma função terapêutica, já caracterizada anteriormente, mesmo que não com essa nomeação específica.

Sendo assim, quem está inserido em um serviço de atenção psicossocial precisa compreender que estas funções não podem se confundir, uma vez que, se isso ocorrer, tem-se duas saídas. Uma de exterminar com a instituição, já que ela não ‘cura’, ou outra de manter eternamente o paciente inserido nela, sem nenhum tipo de reabilitação psicossocial, com o intuito de que se atinja a ‘cura’. Por conseguinte, esta diferença entre as funções da instituição se torna possível quando se coloca como norte a atuação psicanalítica, por permitir que se descubra aquilo que levou o sujeito até ali, isto é, sua demanda.

Entende-se que o profissional psi que atua a partir da técnica psicanalítica nos serviços de atenção psicossocial, que pretendem acolher, escutar e cuidar de pessoas em sofrimento

psíquico grave, assim como o âmbito que elas se situam, pode com seus princípios e conceitos ir além de intervenções clássicas e fechadas. Assim, a psicanálise oferece balizadores que direcionam a escuta, o olhar, os quais captam nas ações ou nos discursos desses sujeitos demandas, permitindo conduzir singularmente cada caso.

Dito isto, o objetivo deste escrito está em abranger os tocantes das reflexões no que diz respeito ao papel do estagiário, enquanto função que deve exercer no interior de uma instituição de saúde mental, demanda para com ele institucional e nomeação que ele se autoriza a possuir ou que permite ser perpassado.

MÉTODO

A partir de discussões realizadas em supervisão clínica e acadêmica pelos estagiários do oitavo e décimo semestres do curso de Psicologia da Universidade Federal de Santa Maria juntamente com suas respectivas supervisoras, bem como de leituras da literatura a respeito do trabalho nos centros de atenção psicossociais infanto-juvenis, buscou-se realizar uma articulação entre a experiência vivenciada no período de estágio e os estudos feitos para sustentar a prática.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Muitas são as questões implicadas no exercício da psicologia em instituições no campo da saúde mental. No momento em que o estagiário se insere em uma equipe multiprofissional e passa a atuar e interagir com os diferentes técnicos, é natural que o mesmo se questione sobre seu papel dentro da equipe e na direção do serviço. Cabe a interrogação: é aluno com responsabilidades de profissional ou psicólogo ainda com o status de aluno? Esta interrogação exige a ação e o saber, em um serviço guiado pelo paradigma da Reforma Psiquiátrica e em um contexto em que se é autor das próprias decisões, vê-se o lugar indistinguível e indescritível que se ocupa no serviço. Indistinguível porque, mesmo que responsabilizado por diversas funções, o estagiário ainda encontra-se no status *quo* de acadêmico, e indescritível, pois ao mesmo tempo padece-se imóvel a esta última denominação.

Faz-se necessário, então, que o aluno possa refletir sobre seu papel e delimitar direções para o seu trabalho dentro da instituição. Assim, o estagiário precisa definir uma orientação teórica que dirija sua prática, assumir uma postura flexível para dialogar com os profissionais de diversas áreas e estar aberto para o aprendizado que busca. Tais orientações são importantes, pois se percebe ainda, profissionais atuando isolados em suas práticas, com conceitos rígidos. No entanto, o trabalho em equipe exige interlocução entre os saberes e abertura para um fazer coletivo. Caberá ao aluno buscar espaços onde possa buscar ou propiciar tais interlocuções e onde consiga atuar a partir daquilo que definiu como norte para o seu trabalho. Dessa forma, há que se almejar um trabalho em conjunto que valorize cada especificidade técnica e teórica, assim como as diferentes visões sobre a atenção à saúde mental. Enquanto tal cenário não se constitui, o sujeito precisa suportar o tempo necessário para que isso ocorra e aprender com as dificuldades decorrentes de tal processo.

Apesar de se ver muitas vezes desafiado pelas diversas contingências que traz uma atuação em uma instituição pública de saúde mental, o aluno não está – ou não deveria estar – sozinho na busca de um saber integrado sobre sua prática (saber-fazer). É função das instituições a que pertence fornecer o suporte e o amparo para o seu fazer, mas essa rede que na sociedade se mostra intersetorial – entre a saúde pública e a educação – nem sempre se sabe decidida sobre a seguinte questão: a quem interessa a formação do estagiário? É



demanda da universidade, local de aprendizado para seus alunos? Ou a saúde pública (com suas instituições) é quem deveria se interessar pela formação de seus futuros trabalhadores? A resposta a esses questionamentos poderia direcionar um modo de funcionamento das supervisões desses estagiários. Por enquanto, observamos que a carga maior dessa responsabilidade está posta sobre a universidade, que embora mantenha certa distância (do CAPS) para pensar com imparcialidade a atuação dos estagiários, não pode acompanhar – como poderia a instituição de saúde – a dinâmica viva e os pormenores que atravessam o dia-a-dia da prática desses estagiários.

CONCLUSÕES

Dito isto, entende-se que a supervisão de estagiários que intervêm em uma instituição de saúde mental dever se dar tanto no sentido clínico como no institucional, uma vez que os casos clínicos são, de uma forma ou de outra, perpassados pela dinâmica da instituição. Portanto, cabe a um profissional do local ser o supervisor dessa demanda, assim como o dever de contextualizar, constantemente, a conjuntura clínica, o direcionamento do trabalho, considerando a dinâmica em que se inserem esses sujeitos. Ou seja, ao supervisor pertence à tarefa de interceder permanentemente e ativamente entre a dimensão política e clínica.

Além disso, é fundamental que o estagiário consiga encontrar uma posição dentro da equipe que lhe permita construir parcerias de trabalho e aprendizagem com os diversos profissionais, de forma que possa contribuir na construção dos atendimentos da equipe, ao mesmo tempo em que esta contribui em sua formação e aprendizagens profissionais.

REFERÊNCIAS

- ALBERTI, S. A política da psicanálise e a da saúde mental. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, UERJ, RJ, ano 8, n. 1, p.7-11, 1º semestre de 2008. Disponível em: <http://www.revispsi.uerj.br/v8n1/artigos/pdf/v8n1a02.pdf> Acesso em: 20 de junho de 2009.
- PINTO, R. F. **CAPSI para crianças e adolescentes autistas e psicóticos**: a contribuição da psicanálise na construção de um dispositivo clínico. Rio de Janeiro: Museu da República, 2007.
- RINALDI, D. **A Clínica Psicanalítica no Campo da Saúde Mental**: Reflexões a Partir de uma Pesquisa. Disponível em: <http://www.fundamentalpsychopathology.org/anais2006/4.10.3.2.htm> Acesso em: 10 de junho de 2009.

FAMÍLIAS: A CONVIVÊNCIA COM AS PERDAS ANTECIPADAS

Paula Vargas Pacheco; Caroline Lúcia Cantarelli Rohde

Centro Universitário Franciscano - UNIFRA

RESUMO

A morte é um tema que traz ao homem intensa angústia e medo, e tais sentimentos o estimulam a procurar meios para enfrentá-la. Desse modo, o presente estudo trata-se de um Trabalho Final de Graduação, na qual discorre a respeito da morte, mais precisamente como se dá o processo de enfrentamento das famílias frente a uma perda antecipada. Como objetivo geral buscou-se desenvolver uma reflexão sobre as transformações que ocorrem no âmbito familiar quando estas se deparam com a perda antecipada de um de seus membros diante de uma doença terminal. Neste contexto, teve-se como objetivos específicos a realização de uma pesquisa a respeito da relação do homem com a morte, visando entender a importância das crenças religiosas durante o enfrentamento da perda, como também identificar os processos com que a família se defronta diante da mesma. O trabalho realizado teve como base a pesquisa bibliográfica qualitativa que possibilitou um melhor entendimento sobre a questão analisada através do levantamento de conceitos construídos e articulados sobre o conteúdo almejado. Desse modo, foi possível verificar as alterações que ocorrem no meio familiar diante da aceitação da realidade dolorosa, onde a integração emocional da família é fundamental para minimizar a dor, bem como para a obtenção de uma melhor qualidade de vida a todos os seus componentes. Para tanto, a perda antecipada é capaz de causar grande sofrimento psíquico aos membros de uma família, demandando assim, estratégias de intervenção, bem como estudos da Psicologia e áreas afins, que possam compreender melhor este acontecimento.

Palavras-chave: Família; Perdas; Morte.

INTRODUÇÃO

A antecipação da perda devido a uma doença pode ser tão perturbadora e dolorosa para as famílias quanto à morte efetiva de um de seus componentes, pois a morte faz parte do desenvolvimento humano significando e ressignificando a vida. A sociedade só existe enquanto organizada pela morte, com a morte e na morte. Para a espécie humana, a morte faz parte do nosso cotidiano e se faz acompanhar de ritos (MORIN, 1970).

A presente pesquisa sobre o enfrentamento das famílias frente a uma perda antecipada foi concretizada em cumprimento do Trabalho Final de Graduação do curso de Psicologia do Centro Universitário Franciscano (UNIFRA), no ano de 2009, de maneira que a escolha desse tema surgiu pelo fato de se poder compreender, pensar, falar, observar, agir e, portanto, de refletir a respeito de um dos temas universais da existência humana: a morte. O estudo justifica-se pela necessidade de entender como se dá o relacionamento do homem frente à morte, e do mesmo modo, o funcionamento das famílias diante da antecipação da perda de um membro devido a uma doença onde a morte é iminente e/ou certa. Também se buscou

compreender como o grau e a qualidade da perda antecipada varia com as fases evolutivas da doença.

Para isso, como objetivo geral procurou-se desenvolver uma reflexão sobre as transformações que ocorrem no âmbito familiar quando estas se deparam com a perda antecipada de um de seus membros diante de uma doença terminal. Neste contexto, teve-se como objetivos específicos a realização de uma pesquisa a respeito da relação do homem com a morte, visando entender a importância das crenças religiosas durante o enfrentamento da perda, como também identificar os processos com que a família se defronta diante da mesma.

Côncio desta realidade e, devido a Psicologia preocupar-se com o homem e com sua relação com os que o rodeiam, com o mundo, com a vida e também com a morte, a seguir, será apresentada a metodologia utilizada neste trabalho, os resultados e discussões, na qual será feita uma análise acerca de como se dá o funcionamento de um sistema familiar em face da ameaça da perda, as conclusões frente ao assunto supracitado e por fim, as referências bibliográficas pesquisadas.

MÉTODO

O presente estudo consiste em uma pesquisa exploratória bibliográfica por acreditar-se que este método é o mais adequado para estudar o tema escolhido. Conforme Lakatos (1986), a pesquisa bibliográfica tem por objetivo conhecer as diferentes contribuições científicas disponíveis sobre determinado tema.

Para o levantamento do material desta pesquisa realizou-se pesquisas em acervos de bibliotecas e fontes eletrônicas. As plataformas eletrônicas acessada foram: Scielo (Scientific Electronic Library Online) e Intercef (Instituto de Terapia e Centro de Estudos da Família). A pesquisa bibliográfica será de análise qualitativa, na qual investiga o universo de significados, concepções, crenças e atitudes o qual corresponde a aspectos mais profundos das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

Com isso, foi elaborado um plano provisório de assunto para organizar sistematicamente as diversas partes que compõem o objeto de estudo. O passo seguinte consistiu na identificação das fontes capazes de fornecer as respostas pertinentes à solução do problema proposto, onde, segundo Gil (2002), normalmente se utiliza a biblioteca, mas nada impede de utilizar-se de materiais bibliográficos em formatos eletrônicos. Após a obtenção do material, que foi feita por empréstimo ou consulta privativa, passou-se a leitura do material a fim identificar as informações e os dados constantes no material impresso, buscando-se analisar as relações entre as informações e os dados obtidos com o problema proposto e, ainda, avaliar a consistência das informações e dados apresentados pelos autores.

Por fim, foi realizada a confecção das fichas de leitura que tem como objetivos identificar as obras consultadas, registrar os conteúdos das obras, registrar os comentários acerca das obras, ordenação dos registros (GIL, 2007).

O conhecimento oferecido pelas obras bibliográficas proporcionou reflexões e novas produções em torno da temática estudada, e ainda contribuiu para o surgimento de novos enfoques e considerações inovadoras (LAKATUS; MARCONI, 2003).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O Homem Frente à Morte - A única certeza na vida é a morte. Seu conhecimento é unânime, mas em diferentes momentos históricos, apresentam em suas culturas, atitudes diversas frente a ele expõe que a maneira pela qual o homem se relaciona com a morte

também põe em evidência a relação que se estabelece consigo mesmo, “reflete a sua individualidade e o seu grau de introspecção” (ARIÈS, 1990).

Segundo Morin (1970), são nas atitudes e crenças diante da morte que o homem revela o que a vida tem de mais fundamental. A sociedade funciona apesar da morte, contra ela, mas só existe, enquanto organizada pela morte, com a morte e na morte. Para a espécie humana, a morte está presente durante a vida toda e se faz acompanhar de ritos. Entretanto, desde milênios vemos presentes os rituais, os quais sempre tiveram a finalidade de servir como uma forma de proteção no conflito vida x morte.

Contudo, não se trata de algo acidental o fato de que a maioria dos rituais de morte inclua homenagens, testemunhos, biografias. Assim, contando-se a história de vida da pessoa, descrevendo o valor e sentido dessa vida, a morte pode ser mais rapidamente aceita e, por fim, os rituais de morte podem ter algum significado que transcende a morte em si, se apegando a algum contexto filosófico ou religioso.

As Religiões como apoio espiritual - As raízes das diversas religiões envolvem o encontro do homem com a morte; A religião evoca a ideia de prosseguimento da existência após a morte.

Estágios do Morrer - Kubler-Ross (1981), fala sobre o cuidado a pacientes gravemente enfermos, destacando a importância da escuta e de suas necessidades e seu sofrimento. Com isso, a autora fala dos cinco estágios do morrer: **1º Estágio:** Negação e Isolamento; **2º Estágio:** Raiva (Ira); **3º Estágio:** Barganha; **4º Estágio:** Depressão; **5º Estágio:** Aceitação.

As famílias diante das perdas antecipadas - A partir de uma perspectiva familiar sistêmica, a perda pode ser vista como um processo de transição entre o morto e os sobreviventes em um ciclo de vida comum, que reconhece tanto a finalidade da morte como a continuidade da vida. Conseguir um equilíbrio neste momento se torna a tarefa mais complexa que uma família deve enfrentar em sua vida. Cada cultura, de sua maneira, oferece assistência à comunidade dos sobreviventes para que sigam em frente com suas vidas através dos rituais de luto, que no decorrer da História facilitaram não somente a integração da morte, como também as transformações dos que ficam (WALSH, 1998).

Carter e McGoldrick (1995) mostram um referencial onde a morte traz desafios adaptativos comuns, exigindo uma reorganização imediata e em longo prazo e mudanças nas definições de identidade e objetivos da família. A capacidade de aceitar a perda está no âmago de todas as habilidades dos sistemas familiares saudáveis, em contraste com as famílias severamente disfuncionais, que demonstram padrões de má adaptação ao enfrentarem as perdas inevitáveis, unindo-se na fantasia e na negação para desfocar a realidade e insistir na atemporalidade e na perpetuação de laços nunca desfeitos.

Segundo Kübler-Ross (1981), os membros da família, frente à morte iminente de um de seus componentes, acabam se comunicando de maneira mais significativa e intensa, descobrindo uma aproximação e compreensão que somente o sofrimento é capaz proporcionar, em vez de aumentar a alienação e o isolamento. No entanto, é compreensível que as pessoas resistam em falar abertamente sobre a morte e o morrer, principalmente se, de repente, a morte se torna algo pessoal que nos atinge e, de certa forma, venha a nosso encontro.

Dado ao exposto, a morte, segundo Walsh (1998), é um acontecimento biológico que encerra uma vida. Nenhum episódio no decorrer da vida é capaz de provocar nos indivíduos mais pensamentos dirigidos pela emoção e mais reações emocionais diante aqueles à sua volta do que a aparição de uma doença grave ou da morte, de forma que podemos descrevê-los



como um fenômeno familiar. Por isso, o conhecimento da onda de choque oferece informações vitais para a terapia, sem as quais a sequência de eventos pode ser tratada como desconectada. Da mesma forma é considerado essencial avaliar a configuração familiar total, a posição de funcionamento do membro morto ou prestes a morrer e o nível geral de adaptação da família à vida, para ajudar seus membros antes ou após uma morte.

CONCLUSÕES

Este estudo oportunizou, através de uma revisão bibliográfica, uma pequena abordagem sobre como as famílias reagem frente à perda antecipada de um de seus membros, considerando seus comportamentos, atitudes, crenças e ritos. Diante da provável perda, observou-se que a família precisa dispor de todos os meios para conseguir um equilíbrio saudável.

Ela passa por um processo de enfrentamento contínuo que fornece um esquema de referência para seus membros, de modo que as religiões e rituais funcionam como formas de entendimento do porquê da mortalidade, além de auxiliar no confronto com tal realidade. Em relação aos estágios do morrer pode-se compreender a mentalidade do paciente e seus familiares em relação à morte, bem como observar que a perda de uma pessoa afeta todo um grupo social em que a mesma estava inserida.

Contudo, esta pesquisa se caracterizou por abordar uma temática que estará sempre atual, pois a morte é um dos temas universais da existência humana e, todavia, faz parte de nossas vidas. Porém, a discussão sobre as perdas antecipadas ainda é pouco abordada dentro das universidades e dessa forma, o trabalho poderá servir como instrumento de estudo e pesquisa para estudantes e profissionais da área, bem como de áreas afins.

REFERÊNCIAS

- ARIÈS, P. **A história da morte no Ocidente**. VII. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1990.
- CARTER, B. & MCGOLDRICK, M. **As mudanças no ciclo de vida familiar: uma estrutura para a terapia familiar**. Trad. Maria Adriana Veríssimo Veronese. 2ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.
- GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4ª ed. São Paulo: Atlas, 2002.
- GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. Atlas: São Paulo, 2007.
- KUBLER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer**. Trad. Paulo Menezes, São Paulo, Martins Fontes, 1981.
- LAKATOS, Eva Maria. **Metodologia do trabalho científico: procedimentos básicos, pesquisa bibliográfica, projeto e relatório, publicações e trabalhos científicos**. 2ª ed. São Paulo: Atlas, 1986.
- LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de. **Fundamentos de Metodologia Científica**. 5ª ed. São Paulo: 2003.
- MORIN, E. **O homem e a morte**. Lisboa, Publicações Europa – América, 1970.
- WALSH, F. **Morte na Família: sobrevivendo às perdas** / Froma Walsh e Monica McGoldrick; trad. Cláudia Oliveira Dornelles. – Porto Alegre: ArtMed, 1998.

A MULHER CONTEMPORÂNEA E O DESEJO DE TER FILHOS

Clara Medeiros Veiga Ramires Monteiro

Centro Universitário Franciscano - UNIFRA

RESUMO

O desejo de ter filhos sempre esteve muito presente na maioria das famílias e assim parece permanecer sendo na contemporaneidade. Pode-se pensar que ele se difere conforme a época, a sociedade, a cultura, a família e o indivíduo, mas, ainda assim, ele existe. Nas mulheres este desejo não deixa de ser uma das formas de inscrição no campo do feminino: espera-se da mulher o desejo de maternidade, assim como o de casar-se e dedicar-se à família e aos afazeres domésticos. Contudo, já faz tempo que ter filhos não é a única forma de a mulher sentir-se realizada. Estas se inserem, cada vez mais, no mundo do trabalho e, hoje, já se pode dizer que estão lado a lado com os homens no que se refere à inserção profissional. Ainda assim, podemos notar, muitas vezes, através da escuta do discurso feminino, o desejo de gerar um bebê. Faz-se importante investigar a questão do desejo de ter filhos na mulher contemporânea para que, enquanto psicólogos, possamos ter uma escuta mais embasada nesta questão, assim como em outras que tocam a temática da mulher contemporânea. Este trabalho, desenvolvido a partir do Trabalho Final de Graduação intitulado *O desejo de ter filhos na mulher contemporânea*, se propõe a investigar a questão do desejo de ter filhos, assim como das realizações do feminino por outras vias, questionando algumas universitárias da UNIFRA – Centro Universitário Franciscano – Santa Maria/ RS – que ainda não têm filhos, acerca da posição da mulher contemporânea principalmente no que se refere à maternidade.

Palavras-chave: Filhos; Mulher; Contemporaneidade.

INTRODUÇÃO

Através da observação da prática clínica em psicologia, podemos perceber que, com as mudanças políticas e sociais, ocorrem, de tempos em tempos, também, modificações nas subjetividades e que, conseqüentemente, diferentes demandas chegam até os profissionais inseridos na área. Com as mulheres não funciona de maneira diferente; nesse sentido, encontramos a diversificação de suas realizações fálicas: outrora socialmente endereçadas à realização de um bom casamento, a cuidar do lar ou a ter bebês, agora elas passam a autoras de trocas fálicas ao trabalhar, ganhar seu dinheiro e ter direitos de cidadãs. Muitas vezes, a mulher contemporânea pensa em ter filhos, mas é aí que percebe que talvez não fosse este exatamente o seu desejo.

Maria Rita Kehl (1996), no livro *A Mínima Diferença*, nos traz quatro casos clínicos de mulheres que, após terem filhos, parecem ter desistido de ser, ao mesmo tempo, domésticas e femininas. Parece importante citá-los aqui para que não se deixe de fora alguma vivência do pós-parto. Um destes casos fala de uma mulher que acaba por colocar-se frente ao marido na posição de seu próprio bebê, abdicando dos prazeres da sexualidade adulta; outra parou de

trabalhar fora quando seus dois filhos nasceram e começou a sentir prazer nisso e, inclusive, a esperar seu marido como uma filha que espera pelo conforto que traz um pai quando volta pra casa; a terceira se dizia mãe e pai da sua filha ao mesmo tempo e chegou a confessar que “gosta mais de ganhar dinheiro do que de trepar...” O último trazido pela autora é o de uma mulher que, exatamente por ter perdido a guarda de seu filho, era feliz, tornando-se uma pessoa amargurada quando precisou começar a viver com ele e se colocar no lugar de mulher, de mãe e de ter que ter a vida condicionada a “um outro serzinho fraco e dependente” (KEHL, 1996, p. 63).

Pensando nestes quatro casos, Kehl (1996) nos coloca que, com a existência das “depressões pós-parto” contemporâneas, percebe-se que nem todas as mulheres vivenciam a experiência de ter filhos como completude fálica, mas como limitação, como evidência de uma feminilidade indesejada, impedindo, por vezes, a posse e usufruto de outros atributos fálicos que hoje estão ao alcance das mulheres ditas “livres”. Tendo em vista esta questão, se faz de grande importância pensar sobre este tema a fim de uma aproximação com a mulher contemporânea, principalmente no que se refere ao seu desejo de ter filhos, já que é esta a ênfase do presente trabalho.

Para que se pudesse dar esta aproximação com nosso objeto de estudo, optamos por proporcionar um espaço de escuta ao discurso das mulheres universitárias acerca do desejo de ter filhos frente a outros modos de realização pessoal, revisando o tema da mulher na teoria psicanalítica, refletindo sobre as questões acerca da posição feminina frente ao social contemporâneo e, sobretudo, investigando sobre o desejo de ter filhos na mulher contemporânea, conhecedora de outras formas de produção da posição feminina na contemporaneidade para além da maternidade.

MÉTODO

Além de revisar o tema da mulher, do feminino e de seu desejo de ter filhos na teoria psicanalítica, optou-se por realizar pequenos grupos com universitárias do Centro Universitário Franciscano – UNIFRA que não têm filhos até o presente momento.

A escolha por mulheres com estas características não se deu aleatoriamente. Trata-se de sujeitos cuja alguma característica parece estar colocada em outra posição que não a “feminina” esperada, sobretudo antigamente, como a de tornar-se puramente “dona-de-casa”, ou, pelo menos, antes de optar por dedica-se à sua formação acadêmica.

Foram realizados 04 (quatro) encontros em forma de grupos focais homogêneos com 08 (oito) mulheres entre 20 (vinte) e 25 (vinte e cinco) anos. Cada um destes com 02 (duas) participantes de um curso diferente, com duração de aproximadamente 30 (trinta) minutos cada, onde estas foram escolhidas por indicação e por conveniência, levando em conta a disponibilidade das participantes em frequentar os encontros com o grupo.

De acordo com Michel (2005), um Grupo Focal (GF), é um grupo de discussão, formado com cerca de dez pessoas, que possuem características em comum e conhecem o foco da discussão, para, incentivadas pelo moderador, conversarem sobre o objeto de interesse, trocando experiências e interagindo idéias, sentimentos, valores, dificuldades e soluções.

A pesquisa foi feita na forma de investigação em psicanálise clínica, onde cada dissertação ou tese em psicanálise presta-se a ser pensada como um verdadeiro caso metodológico, materialização e ápice de um percurso irredutivelmente singular. A pesquisa feita nestes moldes acaba sempre, paradoxalmente, dependendo de acontecimentos e

movimentos que escapam à posição teórica e à sua racionalidade. Os avanços científicos acabam dependendo de fatores de acaso, surpresas, sustos, decepções e frustrações (LOUREIRO, 2002). No caso desta pesquisa não foi diferente, já que em todo o procedimento foi preciso rever algumas questões de conceitos pessoais errôneos e até mesmo de metodologia. A atividade de pesquisa requer a manutenção de determinada distância entre sujeito e objeto. Supõe-se que a pesquisa possa reduzir esta distância, mas não eliminá-la: alguma parcela da alteridade do objeto sempre resistirá à apreensão cabal por parte do sujeito que o configura, tal como um caso clínico (FIGUEIREDO, 2001). Além de ser impossível para o pesquisador a total neutralidade, principalmente quando se trata de um trabalho *de e para* seres humanos, é preciso ser empático com o sujeito ao qual se oferece alguma escuta para que este se sinta acolhido e inserido em um lugar no qual não precisa preocupar-se com julgamentos.

Os resultados desta pesquisa foram analisados exatamente como um caso clínico em que se pode pensar e teorizar ao longo do processo, mas que só se presta a ser visto e elaborado com mais clareza a partir da distância estabelecida com o final dos encontros analíticos, já que o processo de pesquisa também só pode ser efetivamente descrito e pensado após seu término (LOUREIRO, 2002). Serão apresentadas algumas falas que serão identificadas como P1, P2, sucessivamente, até P8, significando o “P” como *participante* e o número como forma de diferenciar cada uma delas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A visão psicanalítica sobre o desejo da mulher de ter filhos começou com Freud, que em 1925, no texto *Algumas Conseqüências Psíquicas na distinção Anatômica entre os Sexos*, atrela o desejo da mulher em ter filhos com a falta de um *falo*, sentida na vivência do Complexo de Édipo, e representado pelo pênis. Passando pelo desapontamento com sua mãe por tê-la feito faltante e percebendo, por fim, a falta na própria mãe, assim como em todas as outras mulheres. No interior do quadro de ódio à mãe, três destinos seriam possíveis para a sexualidade feminina: a inibição neurótica, a masculinização e o desejo de ter filhos caracterizando uma estrutura de histeria dentro da neurose (seria a posição normal).

Todas as participantes desta pesquisa apresentaram o desejo de ter filhos, embora já se possa adiantar que todas elas estão adiando sua concretização. Por este fato, já podemos perceber que, ao mesmo tempo em que existe nestas mulheres uma posição feminina nos moldes antigos, parece imperar outra posição através da existência de outros desejos por parte destas mulheres.

“Com certeza quero ter filhos, mas só depois de estar bem financeiramente (...) nem saio de casa se for pra brincar de casinha, ficar sendo sustentada pelos meus pais (...)” (P2).

Podemos observar que a idéia de ser sustentada por alguém está sendo replicada por esta participante do grupo. Parece que o que está posto é que as mulheres, além de terem o direito, hoje em dia *devem* trabalhar, pois isto é ingressar na vida adulta, do contrário é *brincar de casinha*. Um pouco mais tarde, porém, o próprio Freud (1927, 1931) introduziu outra idéia, levando em conta o desejo de maternidade quando os determinantes de uma neurose estariam ausentes e a inveja do pênis não seria significativa. Ele expõe a idéia de que a mulher não-neurótica terá como projeto construir uma relação objetal com um homem, não



querendo *possuir* e sim *ser* seu falo. A maternidade poderá ou não ser umas das vias de erotismo em relação a um homem, assim se daria a passagem do amor narcisista para o amor objetal. Podemos observar a validade desta idéia através de uma fala de uma das integrantes do grupo:

“Acho que primeiro a gente precisa morar junto (com o parceiro) para se curtir bastante só os dois. Depois acho que o casal começa a sentir falta de alguma coisa. Daí dá pra pensar em ter filhos!” (P4)

Podemos entender com esta fala que o desejo de ter filhos existe também em função de uma demanda do outro neste caso, de um homem.

Lacan (1960) já nos dizia que é a cultura que designa destinos diferenciados para homens e mulheres. A diferença entre os sexos só dependeria do modo de inscrição dos sujeitos, sob a ordem fálica que organiza o desejo, mas que não fixaria necessariamente o gênero à sexualidade. A feminilidade remeteria a algo que transcenderia a diferença de sexos, ultrapassando em muito a oposição entre as figuras de homem e mulher. Tratar-se-ia de outro registro da sexualidade que se caracterizaria pela ausência de referência ao falo. Aí estaria a sua origem. A feminilidade remeteria a algo presente tanto no homem quanto na mulher, transcendendo a regulação pelo falo. Isso porque as figuras de masculino e feminino para a psicanálise têm no falo seu operador teórico fundamental. Vale dizer, as figuras do homem e da mulher foram meticulosamente construídas de acordo com a lógica fálica. Seja pela presença ou pela falta do falo, a oposição entre masculino e feminino foi concebida pela lógica do falo. (BIRMAN, 1999). A tese de Lacan (1960) nos diz que em vez de sobrepôr a mãe à mulher, como Freud (1927-1931) o fizera, devemos separá-la. Para ele, a mãe e a mulher não só não se recobrem por completo como também podem constituir posições antagônicas. A mulher, por vezes, quer confrontar sua feminilidade na maternidade. Ela pode até crer que pode ser compensada pelo que não tem, enquanto mulher, pela maternidade. E ela pode satisfazer-se no primeiro momento. Porém, este estado se dissipará, de certa forma, e ela terá de se confrontar com a questão que acreditava estar resolvida (ZALCBERG, 2007). A procriação participa do lado matrimonial que a inclina como esposa e mãe, mas que a afasta dela mesma. Separar a condição de mulher e de mãe faz Lacan, formular o conceito de uma “verdadeira mulher” que seria aquela que escolhe ser mais, ou exclusivamente, mulher que mãe, ou seja, que deixa sua condição materna em segundo (ou nenhum) plano.

“Primeiro penso em mim, em viajar, em ser profissionalmente realizada, reconhecida como boa no que faço, com um filho fica mais difícil atender às próprias vontades!” (P1).

CONCLUSÕES

Este trabalho teve como objetivo investigar o desejo de ter filhos na mulher contemporânea, já que, assim como todas as subjetividades, a desta também se modifica de tempos em tempos e isto pode gerar angústia.

Hoje em dia não é apenas tendo filhos que a mulher pode sentir-se realizada, pelo contrário, o filho depois que nasce parece gerar uma sensação de esvaziamento ao invés da de preenchimento de algo que faltava. Muitas vezes as mulheres optam por realizarem-se por outras vias antes, o que não quer dizer que o desejo de ter filhos ainda não esteja muito



presente na mulher contemporânea, sendo apenas adiado na maioria das vezes em função de estudos e carreiras profissionais.

O desejo de um filho permanece por motivos os quais podemos verificar através das bibliografias utilizadas juntamente com as falas das participantes do grupo de pesquisa desenvolvido. Seja para preencher faltas como para atender a uma demanda social ou a um amor objetual. De qualquer forma, podemos concluir que a idéia de ter um filho permanece extremamente presente na mulher contemporânea.

REFERÊNCIAS

- BIRMAN, Joel. **Cartografias do Feminino**. São Paulo: Ed.34, 1999.
- FIGUEIREDO, Luis Cláudio. **A Ética da Pesquisa Acadêmica e a Ética da Clínica em Psicanálise: o encontro possível na clínica psicanalítica**, 2001.
- FREUD, Sigmund. (1925) **Algumas Conseqüências Psíquicas na distinção Anatômica entre os Sexos**, v. 19; Imago, Rio de Janeiro, 1996.
- _____. (1927-1931) **Sexualidade Feminina**, v.21; Imago, Rio de Janeiro, 1996.
- KEHL, Maria Rita. O Espaço Doméstico e Sexualidade da mulher. In: _____. *A Mínima diferença*. Rio de Janeiro. Imago, 1996.
- LACAN, Jacques. **Idéias Diretivas para um Congresso sobre a Sexualidade Feminina** (1960), em escritos, v.2. Madri: Siglo Veintiuno, 1993.
- LOUREIRO, Inês. Sobre Algumas Disposições Metodológicas de Inspiração Freudiana. In: QUEIROZ, Edilene Freire de; SILVA, Antonio Carlos R. da (orgs.). **Pesquisa em Psicopatologia fundamental**. São Paulo, ed. Escuta; 2002
- MICHEL, Maria Helena. **Metodologia e pesquisa científica em ciências sociais**. São Paulo: Atlas, 2005.
- ZALCBERG, Malvine. **Amor Paixão Feminina**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2007.



O QUE A FUNÇÃO FRATERNA TEM A DIZER SOBRE A DEMOCRACIA NO BRASIL

Luciara Itaquí; Silvio Iensen

Centro Universitário Franciscano - UNIFRA

RESUMO

Esse artigo visa contemplar as relações entre a função fraterna e a democracia no Brasil, bem como seus desdobramentos, buscando elucidar a partir do referencial teórico psicanalítico aspectos fundamentais no que diz respeito ao espaço social brasileiro. Por meio de uma pesquisa exegética pretendeu-se, desde as raízes mitológicas e históricas problematizar criticamente o papel dos irmãos na democracia do Brasil e na constituição da subjetividade do cidadão brasileiro. A partir da interlocução entre o desamparo constitutivo do ser humano e suas tentativas de elaboração da culpa buscou-se compreender as conseqüências disso no estabelecimento da democracia.

Palavras-chave: Função fraterna; Desamparo; Democracia.

INTRODUÇÃO

A partir de uma perspectiva psicanalítica, que se propõe à investigação do sujeito compreendido enquanto sujeito do inconsciente, através de uma pesquisa exegética, procura-se problematizar criticamente o papel dos irmãos na democracia do Brasil e na constituição da subjetividade do cidadão brasileiro. Esse artigo tem, portanto, como objetivo geral verificar o que a função fraterna tem a dizer sobre a democracia no Brasil, a partir dos modelos de subjetivação do cidadão brasileiro no espaço social; e como objetivos específicos: analisar como se configuram os modelos de subjetivação do brasileiro a partir do jargão “jeitinho brasileiro” e compreender a dinâmica do sujeito no espaço social brasileiro desde o “jeitinho brasileiro”.

MÉTODO

Para Violante (2000), a pesquisa em psicanálise não se restringe apenas à situação analítica. Assim, a investigação em psicanálise pode ser realizada sobre os livros, a partir de leituras, configurando-se, dessa forma, a pesquisa exegética utilizada para a realização desse artigo. Laville e Dionne (1999) afirmam que essa atividade não deixa de ser um percurso crítico que se relaciona intimamente com a pergunta à qual se quer responder tendo, portanto, o pesquisador o importante papel de fazer considerações, interpretações e escolhas, explicar e justificar suas escolhas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Freud (1913) escreve sobre o surgimento da civilização a partir do mito do assassinato do pai primitivo por seus filhos, os quais se sentiam impotentes diante dele. Esse ato dá lugar à lei, ao desamparo e ao sentimento de culpa entre os irmãos, que os une e os liga e que, em

forma de herança, irá acompanhar a humanidade. Contudo, esse assassinato, para Figueiredo (2000), potencializou a rivalidade entre os irmãos e a solução deu-se pela via de algumas renúncias coletivas como: a interdição do incesto, da rapina, do canibalismo e do assassinato, pois caso contrário instalar-se-ia o caos e a luta de todos contra todos. Posteriormente advém, em função dessas renúncias, a solidariedade fraterna. Segundo Teixeira (2002), eles abandonaram a posição de filhos de um pai todo-poderoso, assumindo-se como irmãos. Porém após o assassinato, fica evidente a afirmação da impossibilidade desse lugar vir a ser ocupado por alguém em particular. Então, os irmãos se identificam na culpa e no arrependimento pelo assassinato, como escreve Freud (1913). Essa culpa pode ser elaborada e reparada sob a forma de constituição de ideais que representem o pai morto. Segundo Figueiredo (2000)

Uma das formas de se ocultar esta origem do laço social no crime coletivo do parricídio será a da criação de narrativas míticas em que a coletividade criminosa é substituída pelo herói individual capaz de realizar a proeza de dar ao seu povo – seus irmãos – a experiência de liberdade sem onerá-los com a culpa (p.148).

A função paterna, segundo Kehl (2000), institui-se como modo de amparo simbólico aos membros comunidade encarnado nas renúncias, sendo, portanto, tarefa da frátria fazer operar a função paterna. Assim, cada cidadão brasileiro traz junto consigo essa herança cultural e histórica que ajuda a dar forma a sua subjetividade e que carrega um pouco de um “jeitinho” de dar conta da realidade. A fraternidade transgressora do “jeitinho”, como afirma Figueiredo (2000), é uma forma bizarra de fraternidade que surge no Brasil, destroçando rapidamente qualquer forma de projeto fraterno e democrático. É a origem desse “jeitinho”, bem como suas respectivas conseqüências que permitem fazer uma leitura de como configura-se a subjetividade que circula no espaço social brasileiro.

Houve num determinado momento da história do Brasil, o parlamentarismo às avessas, um bom exemplo de prática que visou na época atender apenas aos interesses do imperador dando-lhe total poder para escolher os ministros e dissolver a câmara dos deputados. No Brasil, a lei é morta, na verdade, é completamente dissociada das práticas sociais de justiça, como afirma enfaticamente Birman (1999). Pode-se pensar, nesse sentido, que há um intervalo existente entre o registro simbólico da lei e o funcionamento da justiça. Atualmente, não se tem mais um imperador, mas se tem o Presidente da República que embasado na constituição brasileira elege os ministros do Supremo Tribunal Federal, fato que coloca em cheque a imparcialidade necessária na hora de um julgamento, já que a essência da democracia reside, de acordo com Montesquieu (1897), na separação dos poderes (Legislativo, Executivo e Judiciário) para que haja o controle de um poder sobre o outro a fim de que a ordem constitucional seja alcançada.

De acordo com Guedes (2008), o primeiro poder é exercido pelo Congresso Nacional que é composto pela Câmara dos Deputados e Senado Federal, o segundo poder é composto pelo Presidente da República e pelos ministros de Estado por ele indicados, sendo sua função a administração da máquina pública e, finalmente, o terceiro poder tem como objetivo traduzir a realidade efetiva do direito, aplicando a justiça nas relações humanas, sendo composto pelo Supremo Tribunal Federal, Superior Tribunal de Justiça, os Tribunais Regionais Federais e Juízes Federais, os Tribunais e Juízes do Trabalho, os Tribunais e Juízes Eleitorais, os

Tribunais e Juízes Militares, os Tribunais e Juízes dos Estados e do Distrito Federal e Territórios.

Para Guedes (2008, p.9)

Critica-se essa forma de composição do Supremo Tribunal Federal, por estabelecer um vínculo indesejado entre o ministro indicado e o Presidente da República que o indicou. Este vínculo acaba por ferir, fatalmente, a independência e imparcialidade que necessitaria ter, todo o juiz, na hora de julgar. O ministro, tendo sido indicado pelo Presidente, pertencente a determinado partido político, certamente que não irá julgar contra àqueles, salvo, por óbvio, raríssimas e honrosas exceções; sendo que mesmo estas exceções têm caráter duvidoso, considerando a pressão popular e jornalística à época do julgamento (p.9).

Estabelece-se, portanto, um vínculo duvidoso entre Presidente da República e os ministros do Supremo Tribunal Federal que fere a independência dos poderes, sugerida por Montesquieu (1987), e a imparcialidade. Então, se nossos políticos que deveriam trabalhar visando o bem-estar do povo estão amparados pelo sistema político para desvirtuarem-se buscando a satisfação de seus interesses, o que teoricamente restaria para os cidadãos comuns? Afinal, para Birman (1999)

a economia das pulsões é o correlato, no psiquismo, da economia política que regula o espaço social, na medida em que é a partir das relações de troca dos objetos e da satisfação dos desejos que a economia política e social irão articular-se (p.282).

O processo de subjetivação é intensamente marcado pelo narcisismo e pelo complexo de Édipo, via de ingresso no mundo simbólico, na linguagem e na cultura. Os valores de alteridade não estão presentes num primeiro, na relação dual mãe-criança, e o aparelho psíquico buscará reviver a satisfação primeira. É por isso que o desejo está fadado a jamais ser satisfeito, pois seu objeto eleito de satisfação só existe no inconsciente do sujeito e não pode ser encontrado na realidade, pois o objeto do desejo é da ordem do simbólico e não da ordem das coisas. A entrada de um terceiro (pai) nessa relação dual produz uma ferida narcísica na criança e a faz, aos poucos, reconhecer o terreno do Outro. Assim, a triangulação edípica introduz a possibilidade de encontro com a alteridade. A instância do superego, herdeiro do complexo de Édipo, é responsável por agregar um conjunto de interditos, ao qual o sujeito deverá obedecer para regular suas demandas pulsionais de satisfação e de gozo nas suas relações com os outros. O sentimento de culpa aparece como uma das modalidades de relação com a alteridade. Cada indivíduo revive, então, psiquicamente a cena do assassinato.

De fato, esse reviver não é consciente, mas ocorre no âmbito do outro-alteritário, a saber, o inconsciente. Os novos sujeitos não cometeram o ato, mas tiveram a intenção de cometê-lo; a intenção é suficiente para padecer com a culpa, angustiante enquanto experiência, porém estruturante em seu efeito, o sujeito sente-se culpado, segundo Moreira (2005), por desejar agredir aquele que no enlaçamento suporta com ele o desamparo. Para Freud (1913), o laço social é garantido através da culpa. A agressividade é modificada a partir do encontro com a verdade do desamparo, ou seja, sem o encontro e o reconhecimento da alteridade, o eu sucumbiria no desamparo.

A democracia, como sistema político, reconhece à maioria o direito de participar da direção e gestão dos assuntos públicos e sociais. Para tal, por vezes, é necessário abrir mão do desejo individual em prol do desejo coletivo. Contudo, não é isso o que se observa na sociedade brasileira, pois a dimensão alteritária está esvaziada. As desigualdades sociais, características de nosso país, as experiências persistentes de insatisfação e a incompletude que acabam por despertar e aflorar a crença arcaica e infantil de que os outros obtiveram aquilo que a nós é negado e de que é possível um encontro com o objeto primeiro perdido. Os valores, ideais, normas e leis sofrem a usura do tempo através dos usos e abusos além do desgaste proveniente do confronto, na maioria das vezes frustrante e decepcionante com as experiências vividas, pois a entrada no laço social implica a castração do gozo. Soma-se a esse contexto, o fato da esperança de que as renúncias de um determinado sujeito serão contrabalançadas pelas renúncias alheias e de que ninguém, no fim das contas, alcançará a felicidade suprema.

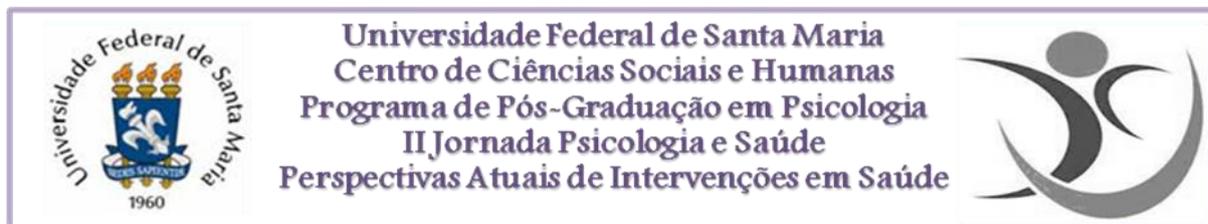
Esse contexto contribui para o boicote à durabilidade de confiança do sujeito brasileiro na civilização, na cultura, nas leis e nas renúncias pulsionais. Há também experiências angustiantes de desamparo mesmo no cerne da irmandade: as doenças individuais ou coletivas, as catástrofes naturais, a morte que acabam atingindo cada sujeito e seu grupo de modo violento e arbitrário, indo muito além do que os vínculos sociais entre irmãos podem suportar. Assim, a produção da civilização coloca a discussão ética como prioridade, na medida em que anuncia o encontro entre o eu e o Outro como a base de sua constituição, como aquilo que especifica o humano. Dessa forma, a dinâmica do sujeito brasileiro no espaço social brasileiro é de um sujeito fortemente marcado por seu pólo narcísico, ou seja, para que ele possa satisfazer suas necessidades e desejos irá lançar mão de possibilidades que lhe mantenham em evidência enquanto seus compatriotas, por exemplo, serão vistos como objetos de gozo ou como meios de chegar a este gozo. A partir dessa lógica, fica evidente o “jeitinho brasileiro” de transitar pelo espaço social brasileiro.

CONCLUSÕES

A dificuldade no reconhecimento da alteridade, o sentimento de desamparo, a culpa e a tentativa de retorno ao primeiro objeto de satisfação, já perdido, são fundamentais no entendimento do “jeitinho brasileiro” de administração da descarga pulsional. Sendo assim, ao sentir-se numa situação de desamparo, o sujeito reduz seus irmãos à simples objeto de gozo colocando, então, a alteridade entre parênteses numa tentativa infantil e arcaica de retorno ao objeto primeiro de satisfação perdido, visando obturar a falta que lhe é constitutiva e que não se obtura com os objetos da ordem do real para atingir o gozo. Esse funcionamento psíquico está, portanto, pendendo para o pólo narcísico, pois nesse movimento o sujeito tenta impor aos demais seus valores, normas, leis e desejos esvaziando, assim, a existência e importância de um Outro enquanto semelhante e enquanto elemento fundamental em seu processo constitutivo e de subjetivação. Nesse sentido, torna-se evidente que as práticas políticas em nosso país tenham sido construídas e sejam reflexo, ao mesmo tempo, de um contexto sóciopolítico e cultural.

REFERÊNCIAS

BIRMAN, Joel. **Mal-estar na atualidade:** a psicanálise e as novas formas de subjetivação. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1999.



- FIGUEIREDO, Luís Cláudio. Sobre pais e filhos: Mazelas da democracia no Brasil. In: KEHL, Maria Rita (Org). **Função Fraternal**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2000.
- FREUD, S. *Totem e tabu* (1913 [1912-13]). In: Edição Standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. vol. XIII. Rio de Janeiro: Imago, 1990.
- GUEDES, Juliana Santos. Separação dos poderes? O poder executivo e a tripartição de poderes no Brasil. In: **Revista Jurídica UNIFACS**. Salvador, ed. fev, 2008.
- KEHL, Maria Rita (Org). **Função Fraternal**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2000.
- LAVILLE, Christian; DIONNE, Jean. **A construção do saber: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas**. Trad. Heloísa Monteiro e Francisco Settineri. Porto Alegre: Editora Artes Médicas Sul LTDA, Belo Horizonte: Editora UFMG,1999.
- MONTESQUIEU, Charles de Secondat, Baron de. **O Espírito das leis**. Trad. Pedro Vieira Mota. São Paulo: Ediouro, 1987.
- MOREIRA, Jacqueline de Oliveira. **A alteridade no enlçamento social: uma leitura sobre o texto freudiano "O mal-estar na civilização"**. Disponível em: http://www2.pucminas.br/documentos/alteridade_enlçamento_social.pdf. Acesso em: 11/10/2010.
- TEIXEIRA, Leônida Cavalcante. **Função paterna, fratria e violência: sobre a constituição do socius na psicanálise freudiana**. In: *Psico-USF*, v. 7, n. 2, p. 195-200, Jul./Dez. 2002.
- VIOLANTE, Maria Lucia Vieira. Pesquisa em psicanálise. In: FILHO, R. A.P; JUNIOR, N.C; Rosa, M.D (orgs). **Ciência, Pesquisa, Representação e Realidade em psicanálise**. São Paulo: Casa do Psicólogo: EDUC, 2000.

CONSIDERAÇÕES SOBRE MULHERES E HIV/AIDS: UM RELATO EMPÍRICO

Camila dos Santos Gonçalves, Beatriz Teixeira Weber; Adriane Roso

Universidade Federal de Santa Maria - UFSM
Grupo de Pesquisa: Corpo, Saúde e Doença (PPGP – UFSM)

RESUMO

O presente trabalho buscou conhecer as principais características das mulheres que convivem com o diagnóstico positivo para HIV/Aids. Para tanto, foi realizada uma pesquisa de delineamento qualitativo, onde foram aplicadas entrevistas semi-estruturadas. Inicialmente, os dados foram apresentados para melhor descrever o universo de pesquisa, e posteriormente foram analisados pelo método de Análise de Conteúdo temática. Os participantes foram mulheres na faixa etária de 25 a 50 anos, usuárias de um serviço de saúde de referência HIV/Aids numa cidade no interior do Estado do Rio Grande do Sul e que receberam o diagnóstico de soropositividade há mais de seis meses. Diante dos dados levantados delimitaram-se os seguintes eixos de análise: (a) “Dona Chica-ca admirou-se-se... descobrindo a soropositividade, e (b) “O anel que tu me destes”: a relação do casal frente o diagnóstico. Conclui-se que o que foi revelado aponta para uma reação de reconstrução pessoal diante das adversidades. Diante disto, há a emergência de pensarmos em ações e necessidades advindas desta realidade, onde novas estratégias precisam ser criadas sobre estes outros modos de expressão de mulheres frente à epidemia do HIV/Aids.

Palavras-chave: Psicologia Social; Psicologia da Saúde; HIV/Aids.

INTRODUÇÃO

Estudar o impacto gerado pela epidemia do HIV/Aids na população feminina tem sido uma preocupação recorrente em inúmeros estudos (Silva, Alvarenga e Ayres, 2006; Botti, Waidman, Marcon, Scochi, 2009; Brunetti, 2009), principalmente a partir do crescimento dos índices apontados pelo Ministério da Saúde a partir da década de 90.

Mesmo que os primeiros casos de Aids entre mulheres tenham ocorrido concomitantes aos primeiros casos entre homens, só muito tempo depois, entre o final dos anos 80 e início dos anos 90, a epidemia do HIV entre mulheres começou a atrair atenção, quando começaram a surgir os primeiros casos de Aids em bebês, filhos de mães portadoras do vírus. Assim, até que houvesse crianças infectadas, a dimensão feminina da epidemia de Aids parecia não ser significativa, frente a outras populações, e desde então não foi tratada com a devida importância. Esta demora na percepção da vulnerabilidade feminina acarretou em uma falta de estratégias de prevenção direcionada a este público e com isso criou-se uma falsa idéia de ‘proteção’ (VILLELA, 2007; MENDONÇA, 2009).

O último Boletim Epidemiológico mostra que dos 2,7 milhões de novos casos da doença estimados para 2008, 48% foram em mulheres. Este resultado, no entanto, é 17% inferior aos dados do boletim em 2000 e 30% menor do que em 1996, quando os índices da

epidemia atingiram seu pico. Com relação às taxas de incidência segundo sexo, as maiores taxas das mulheres estão na faixa etária de 30 a 49 anos (BRASIL, 2009).

Neste sentido, o presente estudo busca conhecer como as mulheres residentes em uma cidade no interior do Rio Grande do Sul vivenciaram seu diagnóstico positivo para HIV/Aids. Espera-se que os achados aqui apresentados possam fortalecer e contribuir para estratégias preventivas dos serviços voltados para saúde da mulher e dos portadores do vírus.

MÉTODO

A pesquisa tem como campo um serviço de referência para HIV/Aids em uma cidade do interior do Rio Grande do Sul. Os participantes foram oito mulheres usuárias de um serviço público de saúde de referência no atendimento HIV/Aids, com idades entre 25 e 50 anos e diagnóstico de soropositividade para o vírus HIV há mais de seis meses. A modalidade de entrevista foi individual semi-estruturada. Essas foram gravadas e, posteriormente, transcritas na íntegra e analisadas. Para a análise qualitativa dos dados, primeiramente fez-se uma organização do material coletado, realizou-se uma análise de conteúdo temática. (TRIVIÑOS, 1987; MINAYO, 2008).

Como parte dos procedimentos éticos, foi solicitada a autorização institucional para a realização da coleta de dados no local da pesquisa, bem como foi obtido o consentimento das participantes através do TCLE. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Maria, sob registro CAAE 0242.0.243.000-09.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

1. Dona Chica-ca admirou-se-se.: Descobrimo a soropositividade

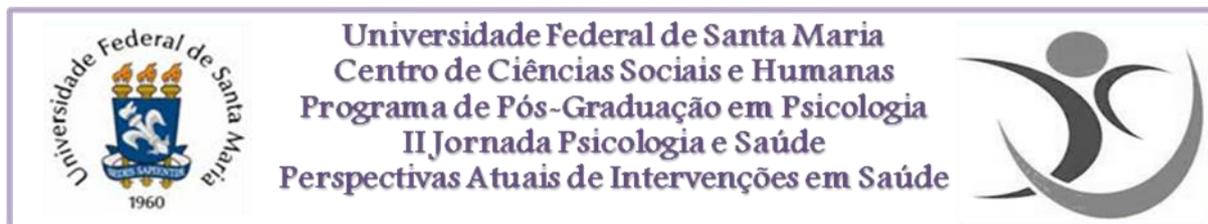
As mulheres foram divididas em dois grupos (com quatro participantes cada), sendo diferenciadas pelos tipos de reações relatadas diante da revelação do diagnóstico. As integrantes do primeiro grupo relataram muita surpresa diante do resultado positivo para HIV, enquanto as do segundo grupo revelaram já desconfiar e esperar o resultado positivo, pois mesmo antes de realizar o teste, já desconfiavam da sua situação de soropositividade ao HIV, devido às suspeitas (confirmadas ou não) referentes à sorologia de antigos companheiros.

Sendo que, nesses casos, onde já desconfiavam da infecção, adiaram a realização do exame por medo desta confirmação, ou mesmo já tendo feito o exame não foram buscar o mesmo temendo o resultado.

2. O anel que tu me destes...: a relação do casal frente o diagnóstico

Dentro dos casos apresentados, em sua totalidade, estas mulheres foram as primeiras (antes de seus companheiros) a fazerem exames confirmatórios para o HIV, sendo que as mulheres que descobriram sua sorologia tornaram-se as mensageiras da notícia para a comunicação ao (ex) companheiro sobre a possível infecção do mesmo e a indicação que este procurasse saber sua condição, sendo alguns ouvidos e outros não. Muitas das entrevistadas relataram que desconfiavam que tinham sido infectadas, por saber a sorologia de um antigo companheiro, mas não buscaram de imediato a confirmação, quando foi feito o exame descrevem que este apenas confirmou a suspeita anterior.

Nos casos onde a mulher descobriu ser soropositiva e atribuía a infecção a relações anteriores, a permanência do companheiro atual tornou-se prova de amor e comprometimento com a relação, fortalecendo os vínculos já existentes.



Na maioria dos casos, o casal assumiu (nem sempre de imediato) a responsabilidade de manter a união, agora baseada em valores maiores como a manutenção da vida e da saúde e o respeito e confiança pela condição do parceiro. Muitos deles já tinham uma relação sólida, vinham de uma relação estável. Mesmo os casais mais recentes lidaram de forma madura e franca diante do fato, contrapondo à fantasia de solidão relatada por muitas delas.

CONCLUSÕES

Através deste estudo, houve uma aproximação com a realidade de mulheres convivendo com o vírus, onde foi possível atualizar informações referentes à epidemia como a noção de que a transmissão sexual apareceu como a grande forma de transmissão e ao mesmo tempo se coloca como desafio para novas estratégias.

Neste sentido, considerar a diversidade de ser mulher no Brasil também emerge a questão que tratar de uma epidemia como a do HIV/Aids exige que as ações em saúde também considerem a multiplicidade do 'ser mulher'. Certamente considerar que existem mulheres que por questões sócio-culturais são vistas apenas como passivas, há também a necessidade de reconhecer que existem outros modos de expressão vindo das mulheres. Em um país repleto de diferenças e dificuldades muitas mulheres tornam-se representantes de posicionamentos diante do cuidado de si.

REFERÊNCIAS

- BOTTI, M. L.; WAIDMAN, M. A. P.; MARCON, S. S.; SCOCHI, M. J. Conflitos e sentimentos de mulheres portadoras de HIV/Aids: um estudo bibliográfico. In: **Rev. Esc. Enferm. USP**. 2009; 43(1): 79-86.
- BRASIL, Ministério da Saúde do Brasil. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. 2009. **Boletim Epidemiológico**. 2008-2009. Encontrado em www.aids.gov.br acesso em 02/10/2010.
- BRUNETTI, Glória. Aids e morte. In: SANTOS, Franklin Santana (Org.). **A arte de morrer: visões plurais**, vol 2. Bragança Paulista, SP: Editora Comenius, 2009. (pp.92-101).
- MENDONÇA, Liana Souto Corrêa de. Dissertação de Mestrado. **Histórias de enfrentamentos: as portadoras da infecção pelo HIV/AIDS em Pelotas (RS)**. Orientadora: Profa. Dra. Lorena Almeida Gill, 2009, Universidade Federal De Pelotas Instituto De Sociologia E Política. Programa De Pós-Graduação Em Ciências Sociais. **Mestrado Em Ciências Sociais**. Encontrado em [//www.ufpel.edu.br/isp/ppgcs/downloads/liana.pdf](http://www.ufpel.edu.br/isp/ppgcs/downloads/liana.pdf), acessado dia 13/12/2009.
- MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2008.
- SILVA, N. E.K; ALVARENGA, S. A. T.; AYRES, J. R. C.M. Aids e gravidez: os sentidos do risco e o desafio do cuidado. IN: **Rev. Saúde Pública**. 40(3), 2006. p.474-81.
- TRIVIÑOS, A.N.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.
- VILLELA, W. Gênero e Práticas de Saúde: O Caso da Aids entre as Mulheres. In: PAULA, C. C.; PADOIN, S. M. M.; SCHAURICH, D. **Aids: o que ainda há para ser dito?**, Santa Maria, Ed. UFSM. 2007. pp. 111-125.



OS CUIDA-DORES: QUALIDADE DE VIDA E CARACTERÍSTICAS RELACIONAIS DE PAIS E/OU MÃES DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES USUÁRIAS DE UM CAPSI

Maristela Jaqueline Reis Peixoto; Hericka Zogbi Jorge Dias; Marisangela Spolaôr Lena;
Fernanda Steffen Culau; Paula Argemi Cassel

Universidade Federal de Santa Maria - UFSM

RESUMO

Estudos vêm revelando uma incidência de 10% a 20% de problemas de saúde mental em crianças (HALPERN; FIGUERAS, 2004). Este trabalho visa desenvolver um estudo de qualidade de vida e características relacionais em pais, mães e/ou cuidadores de usuários do CAPSi da cidade de Santa Maria, RS. Serão avaliados um total de 36 pais, mães e/ou cuidadores de crianças e adolescentes usuários do CAPS Infantil, o que corresponde a 20% do número total. Para isso serão utilizados instrumentos de avaliação de características sociodemográficas, qualidade de vida e características relacionais. Os instrumentos serão aplicados nos momentos em que os participantes estão no serviço aguardando os filhos ou, na impossibilidade deste, primeiramente será feito um contato com eles. Trata-se de um estudo transversal e descritivo, de abordagem quantitativa e qualitativa que contém em si um simbolismo importante para as relações das famílias e das crianças usuárias do CAPS infantil, em função da importância do impacto da relação inicial entre mãe/cuidador (a) e criança para o desenvolvimento saudável do psiquismo e a importância da existência de um ambiente seguro para estes.

Palavras-chave: Relações familiares; Avaliação psicológica; Saúde mental.

INTRODUÇÃO

O presente trabalho de avaliação de qualidade de vida e características relacionais em pais, mães e/ou cuidadores de crianças e adolescentes do CAPS Infantil da cidade de Santa Maria 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. Este projeto obteve auxílio financeiro pelo edital FAPERGS PPSUS 002/2009 sob o nº de processo 0900982, dando origem ao presente trabalho.

O CAPSi de Santa Maria foi criado em 2005, em consonância com a Lei Federal 10.216 que redireciona a assistência em saúde mental, privilegiando o oferecimento de tratamentos em serviços de base comunitária, seguindo as normas da portaria 336/2002 do Ministério da Saúde para construção de uma rede de Centros de Atenção Psicossocial Infanto-juvenis em território Nacional.

Atualmente, a instituição atende cerca de 180 crianças e adolescentes em sofrimento psíquico grave. Em função das crianças e dos adolescentes, muitos familiares e cuidadores

frequêntam o serviço e aguardam na sala de espera enquanto os filhos estão no tratamento. Através do PROCONVIVE, alguns familiares participam das oficinas de pintura e fuxico oferecidas ao público em geral, incluindo a comunidade.

O interesse pelo tema nasceu dessas primeiras interações com as famílias das crianças e adolescentes em atenção no CAPSi. Essa proximidade fez perceber o quanto uma boa rede de apoio é importante para essas crianças. Dentro dessa rede, a base, a família e as relações que seus membros estabelecem entre si e com as outras pessoas é o foco de atenção.

Estudar qualidade de vida e as relações familiares é um tema de suma importância. A psicologia há muito sustenta o quanto a relação inicial da mãe/cuidador com a criança é fundamental para o desenvolvimento saudável do psiquismo e da personalidade do adulto (MC DOUGALL, 1991; MAHLER, 1982; ZIMERMAN, 2000).

Martins, Costa, Saforcada e Cunha (2004) apresentaram após estudo de coorte, oito fatores de risco para a criança, associados à qualidade do ambiente familiar: baixa renda familiar mensal, baixa escolaridade materna, sexo masculino, casas com mais de sete residentes, número de irmãos maior ou igual a quatro, uso de tabaco na gestação, crianças que dormem na cama dos pais aos 4 anos e mães com presença de transtornos psiquiátricos.

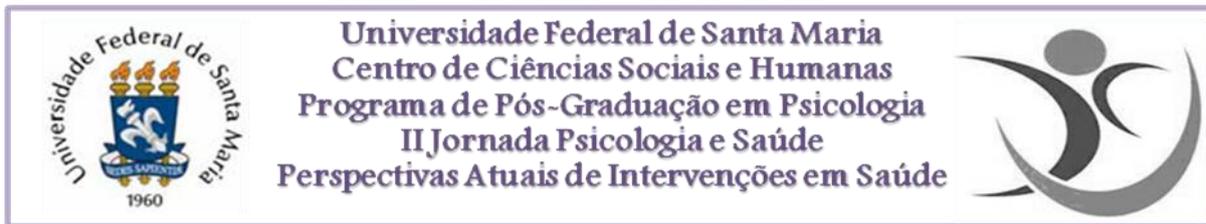
Nas famílias, em geral, encontramos grupos de pessoas conectadas por emoção e/ou sangue, que vivem ou viveram juntos o tempo suficiente para ter desenvolvido padrões de interação e histórias que justificam e explicam estes padrões (MINUCHIN, 2008). Nesse sentido, as características relacionais oriundas da insegurança na relação inicial básica de vinculação e os transtornos mais graves da infância contribuem para o surgimento dos principais problemas no desenvolvimento emocional saudável da criança. Assim sendo, o prognóstico na vida adulta é pior quanto mais desatendida for a criança em suas necessidades emocionais.

A qualidade da relação entre a mãe/cuidador e a criança depende em grande parte das características pessoais da mãe, mas, principalmente, das relações estabelecidas por esta 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). A doença mental grave na infância contém um importante componente da relação inicial, também entendida como relação objetal com a mãe. A estruturação do psiquismo necessita de alguns elementos importantes citados por Winnicott, como autonomia e independência (WINNICOTT, 1983). A impossibilidade da mãe em permitir o processo de separação da criança surge por dificuldades pessoais e ambientais, que acabam por não favorecer tais processos de independência emocional.

Para que esse estado inicial de dependência seja superado e a criança consiga atingir a independência, o meio ambiente que é criado e subjetivado pela criança transforma-se em algo suficientemente semelhante ao ambiente que ela percebe. Essa é uma etapa especialmente importante do desenvolvimento e de seu sucesso depende o estabelecimento da saúde ou da psicose. (WINNICOTT, 1983)

Ainda, de acordo com Winnicott (1983), a psicose é o resultado de algumas falhas na construção da personalidade ocasionadas por um ambiente que não pôde ser suficientemente facilitador para ajudar a criança a atingir seus objetivos, tais como, a integração, a personalização e o desenvolvimento das relações objetais.

As dificuldades da mãe na relação com a criança acabam por não favorecer os processos de independência emocional. Desta forma, tanto as crianças quanto suas mães ou cuidadores



substitutos necessitam de atenção global, pois se configuram em dois grupos distintos, com necessidades distintas, mas que se cruzam.

O objetivo da presente pesquisa é avaliar a qualidade de vida e características relacionais de mães, pais e /ou cuidadores de crianças e adolescentes usuários do CAPSi a fim de conhecer a realidade emocional e ambiental destes, considerando que as principais influencias recebidas pela criança no inicio do desenvolvimento são oriundas de suas relações com seus cuidadores.

MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal e descritivo com abordagem qualitativa e quantitativa. Será avaliado um total de 36 mães, pais, e/ou cuidadores de crianças e adolescentes usuários do CAPS Infantil, o que corresponde a 20% do número total de pacientes atendidos atualmente. São utilizados três instrumentos: um questionário de dados sócio-demográficos, um instrumento de avaliação de qualidade de vida genérica (Whoqol-bref) e um inventário que avalia as relações objetais (BORRTI-O).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

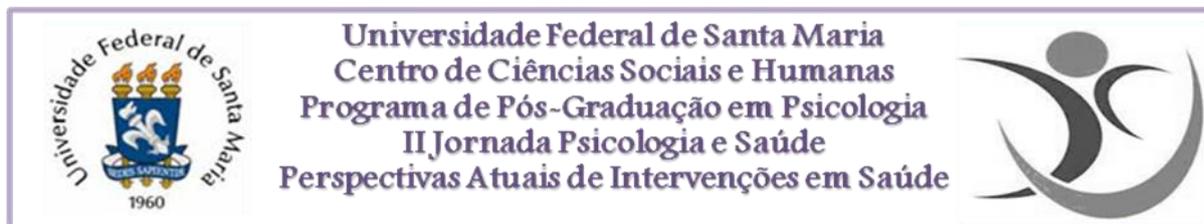
O estudo está em andamento e até o momento os resultados são preliminares. O que se espera é que a partir dos dados da pesquisa se possa auxiliar na formulação do plano terapêutico dos pacientes, a partir do entendimento das relações vinculares que se estabelecem. Assim, espera-se auxiliar na construção ou reconstrução das configurações vinculares da criança. Espera-se também provocar uma melhoria do prognóstico, diminuição de sintomatologia e, conseqüentemente, poder prevenir transtornos mentais graves na vida adulta.

CONCLUSÕES

Este trabalho de pesquisa contém um simbolismo importante para as relações das mães e das crianças usuárias de CAPS infantil, em função da importância do impacto da relação inicial entre mãe e criança para o desenvolvimento saudável do psiquismo e a importância da existência de um ambiente seguro. Assim, o benefício poderá ser visto em todos os âmbitos através dos resultados da pesquisa, que se tornarão possíveis pela disponibilidade dos usuários presentes no CAPSi, os quais estão tomando acesso do espaço de convivência implementado no local. É a partir desses resultados que se poderá organizar e rever os manejos clínicos hoje realizados neste serviço, e, conseqüentemente, promover novas formas de intervenção com o intuito de promover saúde e prevenir adoecimento psíquico.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. 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, 2008. 32 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)
- _____. Ministério da Saúde. 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, 2004. 86 p.: il. color. – (Série F. Comunicação e Educação em Saúde)



_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações programáticas Estratégicas. **Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2005. 76 p. – (Série B. Textos Básicos em Saúde)

HALPERN R, FIGUERAS, M. Influências ambientais na saúde mental. **Jornal de Pediatria** V. 80, Nº2, 2004.

MARTINS, M.F.; COSTA, J.S.; SAFORCADA, E.; CUNHA, M.D. Qualidade do ambiente e fatores associados: um estudo em crianças de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. 3, p. 710-718, p.710-718, 2004.

MCDOUGALL, J. *Teatros do corpo: o psicossoma em psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes, 1991.

MAHLER, M. **O processo de separação-indivuação**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1982.

MINUCHIN, S. **Dominando a Terapia Familiar**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2008.

MALDONADO, M.T. **Psicologia da gravidez, parto e puerpério**. Petrópolis: Vozes, 1982.

RAPAPPORT, C.L. (ORG). **Teorias do desenvolvimento**. São Paulo: EPU, 1982.

WINNICOTT, D.W. **O ambiente e os processos de maturação**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983.

ZIMERMAN, D. E. **Fundamentos Básicos das Grupoterapias**. 2ª Edição. Porto Alegre: Artmed, 2000.



UM ESTUDO SOBRE PARENTALIDADE: CONSIDERAÇÕES ACERCA DA IDENTIDADE EM PAIS DE “PRIMEIRA VIAGEM”

Tatiele Jacques Bossi; Héctor Omar Ardans-Bonifacino

Universidade Federal de Santa Maria - UFSM

RESUMO

A gestação, o parto e o nascimento do primeiro filho fazem parte do processo de desenvolvimento humano, colocando aos sujeitos envolvidos transformações identitárias relativas à parentalidade. O presente trabalho busca apresentar os resultados de uma pesquisa realizada como monografia de conclusão de curso. Tal estudo teve por objetivo compreender o entendimento de pais de “primeira viagem” com relação à parentalidade em dois momentos distintos: no último trimestre gestacional e nos primeiros meses após o nascimento do filho(a). A maior parte dos estudos realizados concernentes a gestação e nascimento dos filhos investigam a perspectiva da mãe ou do pai, poucas pesquisas se interessam pela perspectiva do casal. Escutar esses relatos foi ao que se propôs este estudo, que teve como sujeitos de pesquisa três casais grávidos do primeiro filho. Foram realizadas quatro entrevistas semi-estruturadas com cada casal, sendo duas antes do parto e duas após o nascimento do bebê. A análise qualitativa de conteúdo indicou que as transformações de identidade já estavam colocadas no período gestacional e seguiram ocorrendo após o nascimento do bebê.

Palavras-chave: Parentalidade; Identidade; Psicologia.

INTRODUÇÃO

A vivência da gestação, parto e nascimento do primeiro filho faz parte do processo de desenvolvimento humano, colocando transformações identitárias aos sujeitos que se percebem tendo de exercer, experienciar e praticar a parentalidade. Segundo Didier Houzel (2004) a parentalidade refere-se a um fenômeno psicológico que se estrutura para além de ser o genitor da criança: é preciso tornar-se pais. Esse processo de tornar-se envolve, para o autor mencionado, três eixos constituintes da parentalidade, sendo:

1) *exercício da parentalidade* – refere-se a algo que transcende a subjetividade do indivíduo. É o que funda e também organiza a parentalidade, já que situa cada indivíduo da família em seus graus de parentesco, bem como nos direitos e deveres que lhe cabem;

2) *experiência da parentalidade* – refere-se a experiência subjetiva de vir a ser pai e mãe, seja essa experiência consciente ou inconsciente. Esse eixo envolve dois aspectos importantes: o desejo pela criança, bem como a maneira como se organiza o processo de transição da parentalidade;

3) *prática da parentalidade* – refere-se as tarefas cotidianas que os pais executam junto a criança, não se referindo apenas a cuidados físicos, mas também a cuidados psíquicos.

O estudo da parentalidade, para Lebovici (conforme SILVA, 2004), visa, principalmente, intervenções que se refiram à promoção de saúde e prevenção. Para o primeiro, o objetivo é impedir que a patologia apareça (seja no bebê ou em seus pais). Isso se

faz proporcionando ao casal a possibilidade de falar sobre o processo de constituição da parentalidade (devido à reedição de conflitos infantis dos próprios pais); bem como através da investigação das desarmonias nas relações precoces, ou seja, relação pais-bebê. Já a prevenção se torna necessária frente a um objetivo terapêutico quando uma patologia já se faz presente.

Os três eixos constituintes da parentalidade colocam, implicitamente, o quanto a identidade dos sujeitos envolvidos se transforma ao longo do gestar, dar a luz e cuidar de um bebê. Considerando-se a temática da identidade, pode-se destacar que ela se dá através de uma produção social e cultural. O ser humano por nascer em total dependência de um cuidador para sobreviver é um ser social que vive suas primeiras relações em um ambiente familiar (WINNICOTT, 1983). Essas relações irão se estender para a sociedade mais ampla à medida que os sujeitos adquirem certa independência das figuras afetivas, possibilitando que a identidade se configure como uma mudança constante. Com os pais de “primeira viagem” a mudança de identidade se processa pautada na transformação de papéis sociais, já que os sujeitos deixam de ser simplesmente filhos para também se tornarem pais (CIAMPA, 2001).

Em busca feita nas bases de dados Scientific Electronic Library Online (SciELO), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e Google Acadêmico utilizando como data limite de publicação de trabalhos o ano de 2005 foi possível constatar que grande parte dos estudos realizados acerca da gestação e nascimento dos filhos, considera o relato das mães ou, em um número menor, dos pais. Poucas pesquisas se interessam pela perspectiva do casal, daquilo que é construído em conjunto na relação familiar. Escutar esses relatos foi o que propôs o trabalho de monografia de conclusão de curso de Psicologia da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) apresentado no ano de 2009 tendo como título “Família...Cheguei! Expectativas parentais e identidade familiar frente ao nascimento do primeiro filho”, que origina este trabalho. O estudo apresentado neste artigo tem como objetivo compreender o entendimento dos casais em relação a parentalidade em dois momentos distintos: no último trimestre gestacional e nos primeiros meses após o nascimento do filho(a).

MÉTODO

Os sujeitos participantes da pesquisa foram três casais que se encontravam no último trimestre da gestação do primeiro filho, sendo um dos casais recrutado na Unidade de Saúde em que realizavam o pré-natal e os demais através de indicações. Foram realizadas quatro entrevistas semi-estruturadas com cada casal, sendo duas antes do parto e duas após o nascimento do bebê. A coleta de dados foi encerrada quando os filhos(as) se encontravam com idades entre um mês e dois meses de vida. Foi considerado esse tempo já que era necessário um período de convívio com o(a) filho(a) para que o casal pudesse relatar suas vivências de parentalidade. As entrevistas foram realizadas na residência dos sujeitos tendo duração média de 30 minutos sendo gravadas e transcritas na íntegra. A análise do material se deu através da análise qualitativa de conteúdo (BARDIN, 1977) sendo realizada a categorização dos dados.

Essa pesquisa possui aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria¹ tendo sido respeitada todas as condições éticas estabelecidas em pesquisas com seres humanos. Para este trabalho, será apresentada a análise de duas

¹ Certificado de Apresentação à Apreciação Ética CAAE 0022/2009.

categorias assim nomeadas: “parentalidade antes do nascimento do bebê” e “parentalidade após o nascimento do bebê”.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No período gestacional, os casais entrevistados destacaram que o tornarem-se pais se referia a um aumento de responsabilidades, isso se dando pelo fato de que logo teriam de dispensar cuidados a um ser totalmente dependente. Os homens apresentaram o entendimento de que a mulher possuiria uma relação afetiva maior com o bebê pelo fato de gestá-lo, ficando o homem na espera do nascimento do filho(a) para ter um contato direto com o mesmo. Ainda assim, o pai foi destacado como aquele que participa do processo gestacional dando atenção a esposa e demonstrando interesse em acompanhar o desenvolvimento do bebê. Já no entendimento das mulheres não foram mencionadas diferenças no que se referem aos papéis materno e paterno, sendo que a ambos foram destacadas as mesmas responsabilidades para com o bebê.

No segundo momento das entrevistas, ou seja, após o nascimento do bebê, os casais definiram a parentalidade destacando uma posição “especial” que passaram a ocupar. A definição de identidade materna e paterna continuou apresentando divergências quando definidas por homens e mulheres. Para os homens, essa identidade ainda está atrelada ao sustento financeiro da família, da mesma forma que a identidade materna está associada aos principais cuidados que devem ser dispensados ao bebê. No entanto, os homens também relataram o seu desejo de poderem estar cada vez mais presentes afetivamente na vida dos filhos. Esse fato acarretou uma desigualdade na divisão de tarefas entre os casais no que se referia a atenção ao bebê, já que a mulher era considerada como a que devia prestar atendimento integral (WAGNER; PREDEBON; MOSMANN *et.al.*, 2005; FREITAS; SILVA; COELHO *et.al.*, 2009). As mulheres mantiveram a opinião dada anteriormente ao parto de que os pais possuem as mesmas responsabilidades que a mãe devendo auxiliá-la nos cuidados da criança, já que assim como o homem, a mulher possui suas atividades no mercado de trabalho. Os papéis tradicionais de pai e mãe se mesclam com formas mais recentes de exercício dos mesmos (WAGNER; PREDEBON; MOSMANN *et.al.*, 2005; FREITAS; SILVA; COELHO *et.al.*, 2009). Os homens, ao mesmo tempo em que justificaram a pouca participação nos cuidados da criança devido à rotina de trabalho, também destacam que dão atenção ao bebê nas horas vagas e desejando ter um tempo maior para isso. Para a mulher, a figura de cuidadora se entrelaça com a mulher que ingressou no mercado de trabalho mostrando o desejo de uma rotina que vá para além das atribuições domésticas e maternas.

CONCLUSÕES

Conclui-se que os sujeitos já se percebiam exercendo a parentalidade no período gestacional, destacando características idealizadas por eles no que se referem às atribuições dos papéis parentais. Permite-se pensar que os casais gestantes não eram futuros pais, e sim já eram pais da criança que habitava os seus discursos na forma de filho imaginado. Após o nascimento do bebê a identidade materna e paterna continua a ser exercida, no entanto necessita ser reorganizada para dar conta do filho real que em nada, ou quase nada se assemelha ao filho idealizado. A escuta desse momento de transição da experiência da parentalidade para a prática da parentalidade (HOUZEL, 2004) coloca que o processo de

transformação identitária não se dá de forma simples, mas exige uma reestruturação psíquica dos sujeitos. Essa reestruturação significa a saúde tanto dos pais quanto do bebê.

Dessa forma, destacar-se que, na gestação, a identidade materna e paterna é definida a partir de características universais (MEZAN, 1997) entendidas como inerentes a parentalidade em qualquer sujeito. Com o nascimento do bebê, essas identidades passam a ser definidas com características particulares, considerando o que é compartilhado pelo casal; e singulares remetendo a vivência de cada um dos sujeitos da dupla parental.

REFERÊNCIAS

- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70 LDA, 1977.
- CIAMPA, A. da C. **A estória do Severino e a história da Severina**. São Paulo: Brasiliense, 2001.
- FREITAS, W.M.F.; SILVA, A.T.M.C. da; COELHO, E. de A.C.; GUEDES, R.N.; LUCENA, K.D.T. de; COSTA, A.P.T. Paternidade: responsabilidade social do homem no papel de provedor. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 23, n.1, p.85-90, 2009.
- HOUZEL, D. As implicações da parentalidade. *In*: SOLIS-PONTON, L (Org.). **Ser pai, ser mãe: parentalidade: um desafio para o terceiro milênio**. Trad. Maria Cecília Pereira da Silva (org.). São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.
- MEZAN, R. Subjetividades contemporâneas? **Revista Subjetividades Contemporâneas**. São Paulo, v.1, s/n., p.12-17, 1997.
- SILVA, M.C.P. da. Prefácio a Edição brasileira. *In*: SOLIS-PONTON, L (Org.). **Ser pai, ser mãe: parentalidade: um desafio para o terceiro milênio**. Trad. Maria Cecília Pereira da Silva (org.). São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.
- WAGNER, A.; PREDEBON, J.; MOSMANN, C.; VERZA, F. Compartilhar tarefas? Papéis e funções de pai e mãe na família contemporânea. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, vol. 21, n.2, p.181-186, 2005.
- WINNICOTT, D.W. Da dependência à independência no desenvolvimento do indivíduo. *In*: _____. **O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional**. Trad. Irineo Constantino Schuch Ortiz. Porto Alegre: Artmed., p.79-87, 1983.

FAMÍLIA E USO E DROGAS: VISÕES POSSÍVEIS

Eliane B. Rodrigues; Camila Gonçalves

Centro Universitário Franciscano - UNIFRA

RESUMO

O presente estudo buscou conhecer a visão da família frente ao uso de drogas. Dentro disso, qual o impacto do uso de drogas na família, quais as possíveis causas atribuídas ao uso, quais as estratégias que a família usa para lidar com estas questões, bem como os locais de referência para auxílio à dependência química de conhecimento dos familiares. Para alcançar os objetivos propostos utilizou-se a metodologia qualitativa e como instrumento de coleta de dados foram utilizadas entrevistas individuais semi-estruturadas que depois de transcritas na íntegra tiveram seus dados analisados. Foram realizadas oito entrevistas com os pais de usuários de drogas, de ambos os sexos, na faixa etária de 40 a 60 anos, que os filhos se encontram em tratamento em fazendas terapêuticas com sede no interior do estado. Percebe-se segundo relato dos entrevistados que estes referem a importância da família na recuperação dos filhos, os sentimentos despertados na família frente a drogadição, a influência da dinâmica familiar na drogadição, a fase mais vulnerável para a adição, os comportamentos que denunciam a dependência e os possíveis locais conhecidos pelos familiares que tratam desta. Pode-se concluir que na busca da compreensão desta problemática, os pais buscam possíveis culpados e causas para a drogadição dos seus filhos e nesta busca levantam condições inadequadas e ilimitadas de respostas que só contribuem para aumentar o sofrimento.

Palavras-chave: Uso de drogas; Família; Jovens.

INTRODUÇÃO

O uso de drogas sempre fez parte dos costumes e rituais da humanidade, na atualidade, a droga tem se apresentado como um sintoma social devido ao grande número de indivíduos, que cada vez mais fazem uso destas, e justamente por se inscreverem em um discurso cada vez mais dominante é que a discussão sobre o tema tornou-se de extrema relevância. É comum nas páginas de jornais² e até mesmo nos noticiários televisivos nos depararmos com manchetes sobre o aumento do consumo de drogas, o que envolve outras problemáticas como o tráfico, a violência e o despreparo do sistema público de saúde, segurança e assistência, frente à situação das drogas. Porém o que mais chama a atenção é a participação da família que se vê sem saída diante da drogadição dos filhos, acabam tomando medidas drásticas como acorrentá-los para que estes não saiam para consumir drogas, ou até mesmo numa tentativa desastrosa de tentar conte-los a força, o que pode ocasionar uma fatalidade como ocorreu em Porto Alegre/RS, em que uma mãe, ao tentar impedir que seu filho consumisse drogas,

²Casos esses, de famílias e de drogas publicados por Porciúncula (2008) e Gava (2009), respectivamente que demonstram o despreparo da família em lidar com essa situação.

acabou o assassinando. Medidas estas que marcam suas vidas, pois com estas atitudes os pais se expõem correndo o risco de serem indiciados criminalmente por cárcere privado, tortura ou até mesmo por homicídio. Mesmo assim tomam essa atitude como a única forma de evitar que seus filhos coloquem em risco a sua vida e a integridade física de terceiros e não sucumbam à compulsão da rua e a sedução das drogas. Segundo Shaffer (2005), as famílias são redes de relacionamentos recíprocos e alianças que estão constantemente evoluindo e sofrendo influência tanto da comunidade como da cultura. Ela é uma estrutura holística que consiste em partes inter-relacionadas cada qual afetando e sendo afetada pela outra, cada qual contribuindo para o funcionamento do todo. Lendo sobre o assunto percebe-se que há uma diversidade de bibliografias que explicam e orientam tanto os pais como a sociedade, sobre os possíveis motivos que levam os jovens a dependência química. Os casos de usuários que têm aparecido estão com a faixa etária cada vez mais baixa, o que tem preocupado os familiares e a sociedade. Verificou-se também, que há poucas pesquisas sobre como os familiares se sentem perante o uso de drogas dos seus filhos e para tanto, a presente pesquisa, propõe-se a contribuir para esta discussão. Devido a isso se pensou em levantar junto aos pais de jovens internados em fazendas terapêuticas as possíveis causas que levam a drogadição a partir dos sentimentos despertados nos familiares desses dependentes. Ao consultar bibliografias sobre o assunto, percebeu-se que este tipo de relação não tem sido muito abordado, pois conforme Menezes (2000), pais influenciam seus filhos, mas os comportamentos destes também podem influenciar as práticas educacionais de seus pais. Sabendo da importância da família tanto na constituição da personalidade do ser humano como na socialização do jovem, Scivoletto (2008), considera a participação dos familiares no tratamento como um fator relevante para a sua eficácia. Sabe-se que o sucesso do tratamento depende de ambas as partes, porém, achou-se pertinente pesquisar sobre os possíveis sentimentos que a drogadição desperta nos familiares de jovens usuários de drogas. Os objetivos deste estudo buscaram conhecer a visão dos familiares dos jovens internados em fazendas terapêuticas sobre o uso de drogas, conhecer o impacto que o uso de drogas gera na família e para isso investigamos quais as possíveis causas que os familiares atribuem para o uso de drogas, quais as estratégias que a família utiliza para lidar com esta situação, os locais de referência para o tratamento aos usuários de drogas existentes na cidade de Santa Maria/RS e ainda coletar dados sobre como o sistema público de saúde se apresenta perante essa realidade tão crescente na nossa sociedade; verificar o conhecimento que a família tem sobre os serviços especializados oferecidos pela rede de saúde, para atender este público.

MÉTODO

A pesquisa foi desenvolvida baseada na metodologia qualitativa, sendo que para alcançar os objetivos propostos, a coleta de dados foi realizada através de entrevistas semi-estruturadas. As entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra e, posteriormente, inutilizadas. Os dados foram estudados por meio da análise de conteúdo. Participaram deste estudo os familiares de jovens que, atualmente, estão internados em fazendas terapêuticas localizadas no interior do Estado do Rio Grande do Sul. Estes familiares eram integrantes de grupo de apoio oferecido por uma instituição de referência em atendimento a usuários de drogas e seus familiares. A qual consentiu com a referida pesquisa assim como os pais destes jovens internados. Os participantes foram restringidos a um familiar por jovem, prioritariamente pai ou mãe, com idades entre 40 e 60 anos, de ambos os sexos, de nível socioeconômico que atende as condições básicas para a participação em instituição privada.

As entrevistas foram transcritas e o material foi analisado e organizado sistematicamente em categorias. Os entrevistados foram designados por números para evitar possíveis identificações.

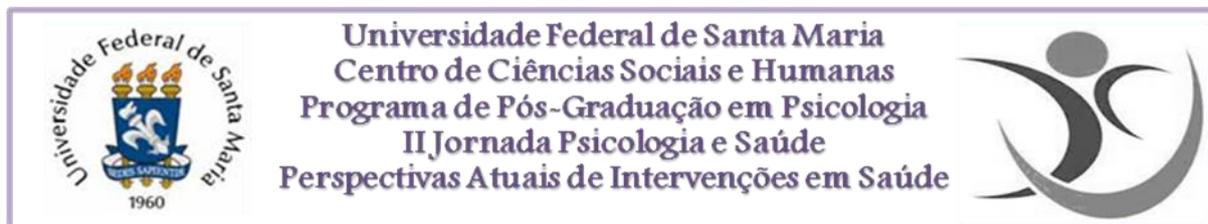
RESULTADOS E DISCUSSÃO

A maioria dos pais entrevistados relatou que a família tem grande importância na recuperação do jovem, sentem que o seu envolvimento é benéfico e essencial ao tratamento da drogadição, pois mesmo que se sintam imobilizados com as diversidades a serem enfrentadas, sabem que ao se fazerem presentes promovendo apoio neste momento de fragilidade, promovem uma mudança de atitude que só virá a contribuir para o tratamento. O que vem ao encontro das idéias de Schenker e Minayo (2002) quando relatam que mesmo que o jovem tenha sua atenção voltada ao grupo, a sua compreensão se faz dentro do contexto familiar. Estes pais apontaram a culpa, a impotência e a raiva como sendo os sentimentos que o uso de drogas por parte de seus filhos desperta neles e na procura de justificativa para estes sentimentos alegam que mudanças na dinâmica familiar como separações ou afastamentos levam seus filhos a drogadição. Na procura dessas justificativas e por terem passado por uma mudança na dinâmica familiar pensam que esta pode afetar seus filhos. Tiba (2004) desmistifica essa teoria ao comentar que não apenas os filhos de lares desestruturados, ou aqueles que apresentam dificuldades pessoais ou até mesmo aqueles com pais separados, são os mais propensos a fazerem uso de drogas, como antes se pensava, mas também aqueles nascidos em famílias tidas como estruturadas, onde nunca faltou o amor. Ao relatarem as mudanças de comportamento como: abandono da escola e da família, mudança de humor e físicas, sumiços, falta de cuidados pessoais serem o que denuncia a adição, estes pais só confirmam o que o autor supracitado fala quando se refere a mudanças cognitivas e psicológicas, físicas ou sociais decorrentes da adição. O que se confirma também com o depoimento destes pais é que a drogadição de seus filhos começam ainda na adolescência fechando com os dados levantados pelo Ministério da Saúde (2004), que apontam como tendência mundial a adição das drogas começarem precocemente, pode-se constatar que estes pais desconhecem outras formas de tratamento a não ser a que eles próprios freqüentam, o que deixa claro o despreparo e a falta de informação em que se encontram.

CONCLUSÕES

Com a realização desta pesquisa podemos constatar que a drogadição é uma questão multifatorial, havendo uma complexidade de fatores que contribuem para o uso de drogas que vão desde as implicações físicas, psicológicas e sociais, isto se dá pela diversidade do ser humano. A procura de uma culpabilização ou de qualquer que seja a razão alegada pelos jovens para esse uso não deve ser de colocá-los em uma posição de vítima, pois assim estaríamos lhes dando uma posição de pessoas sem desejos e atitudes, negando-lhes a posição de sujeito. Se há alguma culpa, essa deve ser partilhada tanto com os pais e filhos como com a sociedade, pois todos são responsáveis pelos seus atos assim como sofrem com eles. O problema da drogadição parece responder a profundos desequilíbrios da sociedade e das histórias injustas que fazem parte desta, pois se o uso das drogas está se generalizando rapidamente é sintoma de que a sociedade não está muito bem.

REFERÊNCIAS



BRASIL, Ministério da Saúde. **A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outros drogas**. 2. ed. ver. ampl. Brasília, DF. 2004. (Série B. textos básicos de saúde).

GAVA, Renato. Drama das drogas leva mãe a matar filho. In: **Zero Hora**. Porto Alegre. Ano 45, n. 15.930, p. 13 abr, 2009.

MENEZES, Mara Silvia Carvalho. **O que é amor exigente**. 22. ed. São Paulo: Loyola, 2000.

POCIÚNCULA, Bruna. O inimigo social da vez. In: **Diário de Santa Maria, RS**. Ano 6, n. 1843, p. 8-9, 20 maio 2008.

SCIVOLETTO, Sandra. Abuso e dependência de drogas. In: SAITO, Naria Ignez; SILVA, Eduardo Vargas da; LEAL, Marta Miranda. **Adolescência: prevenção e risco**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2008.

SHAFFER, David. R. **Psicologia do desenvolvimento: infância e adolescência**. 6. ed. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2005.

SCHENKER, Miriam; MINAYO, Maria Cecília de Souza. A implicação da família no uso abusivo de drogas: uma revisão crítica. In: **Revista ciência e saúde coletiva**. Rio de Janeiro. n. 1, vol. 8. 2002. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232003000100022&script=sci_abstract&tlng=pt >. Acesso em: 14 de jun. 2008.

TIBA, Içame. **Anjos caídos: como prevenir e eliminar as drogas na vida do adolescente**. 24. ed. São Paulo: Gente. [2004?].



SERVIÇO DE PSICOLOGIA JUNTO À UNIDADE SANITÁRIA KENNEDY

Sabrina Dal Ongaro Savegnago; Jamille Mateus Wiles; Rodrigo Gabbi Polli; Dorian Mônica Arpini

Universidade Federal de Santa Maria - UFSM

RESUMO

A Unidade Sanitária Kennedy é referência no Serviço Público de Saúde do município de Santa Maria e presta atendimento de saúde à sua região de abrangência. Desde março de 2001, estabeleceu-se um convênio com o curso de Psicologia da Universidade Federal de Santa Maria para a realização dos estágios curriculares na USK, desenvolvendo atividades de atendimento individual, inserção nos grupos interdisciplinares e assessoria a escolas da comunidade. O presente trabalho objetiva apresentar as atividades desenvolvidas no Estágio Curricular de Psicologia na USK. O Serviço de Psicologia atualmente integra as seguintes atividades: Atendimento psicoterapêutico individual infantil; Atendimento psicoterapêutico individual adulto; Grupo de Gestantes e Familiares; Grupo de Orientação a Pais e Responsáveis; Intervenção Junto à Escola de Educação Infantil Borges de Medeiros; Grupo Terapêutico Infantil; Sala de espera do programa de equilíbrio alimentar de crianças e adolescentes; Programa de planejamento familiar; e Programa da Criança. Este serviço se estruturou em torno das idéias trazidas pela nova política de saúde pública, moldando-se enquanto um serviço voltado para a saúde com atividades principalmente dirigidas para a promoção desta. Portanto, esta iniciativa nos mostra que há outras maneiras, além da clínica, do psicólogo estar se inserindo em ambientes de saúde coletiva, realizando intervenções que atendam às necessidades dos indivíduos, grupos e populações usuárias dos serviços, ao mesmo tempo em que correspondem às idéias e demandas das novas diretrizes de atenção à saúde. Destaca-se também a importância desta aproximação dos acadêmicos de graduação aos contextos de saúde pública e comunitária.

Palavras-chave: Estágio; Psicologia; Unidade Básica de Saúde.

INTRODUÇÃO

A 8ª Conferência Nacional de Saúde foi um marco no Brasil (1986), pois realizou uma reformulação do sistema nacional de saúde e iniciou a criação do SUS. A partir deste momento, a saúde passa a ser tratada como um direito a ser garantido pelo Estado, o qual deve promover o acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação de saúde em todos os seus níveis (BRASIL/MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1986).

O documento pioneiro “Proposta de Trabalho para Equipes Multiprofissionais em Unidades Básicas e em Ambulatório de Saúde Mental”, organizado pela Divisão Ambulatorial de Saúde Mental do Estado de São Paulo, serviu como referência para serviços ambulatoriais de saúde mental em todo o Brasil e nas reflexões sobre atenção integral à saúde. Neste documento determinam-se as ações de saúde mental nas unidades básicas como de



atenção primária, integrando profilaxia e tratamento. São alguns princípios norteadores o uso de psicoterapia e outros recursos terapêuticos; treinamentos; e supervisão e avaliação qualitativa periódica do trabalho (OLIVEIRA et al., 2004)

Tendo em vista as novas diretrizes de atenção à saúde, foi estabelecido em 2001 um convênio com o curso de Psicologia da UFSM para a realização dos estágios curriculares na Unidade Sanitária Kennedy (USK), desenvolvendo atividades de atendimento individual, inserção nos grupos interdisciplinares e assessoria a escolas da comunidade.

A USK é referência no Serviço Público de Saúde do município de Santa Maria, principalmente para a população da Zona Norte da cidade. Localizada na Vila Kennedy, no Bairro Salgado Filho, esta Unidade Básica de Saúde presta atendimento à sua região de abrangência, que se constitui de 26 vilas, com mais de 40 mil habitantes.

Através do presente trabalho, objetiva-se apresentar as atividades desenvolvidas no Estágio Curricular da Unidade Sanitária Kennedy, o qual é orientado pelos docentes Alberto Manuel Quintana e Dorian Mônica Arpini, da Universidade Federal de Santa Maria.

MÉTODO

Prestado através da modalidade de estágio curricular, tal iniciativa conta atualmente com o trabalho de oito estagiários, orientados por quatro supervisores da própria instituição de ensino.

Embora desempenhe intervenções que podem ser caracterizadas e classificadas como de prevenção e recuperação de saúde, o serviço tem como foco das suas intervenções a manutenção e a proteção da saúde, assim como a promoção de estilos de vida saudáveis e de bem-estar e qualidade de vida.

Desta forma, atendendo às perspectivas desse novo campo no qual vem se configurando a Psicologia da Saúde, podem ser destacadas as seguintes atividades realizadas: a) Grupo de Orientação a Pais e Responsáveis, b) Programa da Mulher, c) Grupo de Planejamento Familiar, d) Grupo de Gestantes e Familiares, e) Programa da Criança e f) Sala de espera do programa de Equilíbrio Alimentar.

Tais intervenções constituem-se enquanto estratégias de capacitação de pessoas e coletivos, possibilitando-os um maior controle sobre os determinantes da sua saúde, habilitando-os a realizar escolhas por um estilo de vida mais saudável (CARVALHO, 2004).

Ainda buscando atender às diretrizes do novo paradigma de saúde, em vários projetos a equipe de Psicologia encontra-se atuando associada a outras áreas, como a Enfermagem (junto a estagiárias e enfermeiras) e a Medicina (junto a uma pediatra). Tais ações vêm com o intuito de atender às novas demandas por um trabalho interdisciplinar, que propicie a comunicação e a troca entre profissionais de diferentes campos do saber. Estas iniciativas contribuem para a percepção do fenômeno saúde-doença como um processo multifatorial, influenciado por diversos elementos, levando a uma intervenção também pensada multiprofissionalmente.

Concomitantemente também são realizadas intervenções que visam à recuperação da saúde através de atendimento psicoterapêutico individual a crianças, adolescentes e adultos. Dentro desta perspectiva, situa-se também o Grupo Terapêutico Infantil.

Além disto, o serviço também busca realizar atividades que integrem outras instituições da região que a UBS atende; sendo, no momento, oferecido um trabalho de assessoria e atendimento a uma escola de educação infantil próxima a Unidade.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Desta forma, são realizadas atividades e atendimentos grupais e individuais, compondo o serviço as seguintes estratégias:

Atendimento psicoterapêutico individual infantil: neste serviço, quatro estagiários realizam atendimentos a crianças e adolescentes até quatorze anos, os quais tiveram encaminhamento para atendimento a partir do Grupo de Orientação a Pais e Familiares.

Atendimento psicoterapêutico individual adulto: são atendidos pacientes que possuem quatorze anos ou mais e que tenham encaminhamento ou busquem o serviço através da lista de espera disponível na recepção da unidade de saúde. Quatro estagiários são responsáveis por esta atividade.

Grupo de Gestantes e Familiares: é realizado sob a responsabilidade de uma enfermeira do Programa da Mulher, que conta com o auxílio de acadêmicas e mestrandas da Enfermagem e duas estagiárias da Psicologia. São realizados encontros mensais. O papel da Psicologia no grupo é trabalhar com questões referentes à importância da participação da família neste momento, modificações emocionais que ocorrem durante o período gestacional, questões referentes à amamentação e à relação mãe-bebê. Além da troca de informações entre as gestantes, a equipe de coordenação também realiza esclarecimentos e orientações a elas.

Grupo de Orientação a Pais e Responsáveis: os encontros acontecem semanalmente e são coordenados por duas estagiárias. Constituem-se como espaços onde se possibilita a reflexão e a partilha de experiências entre os pais de forma que estes possam falar sobre suas dúvidas e dificuldades no que se refere ao relacionamento com seus filhos e ao desenvolvimento desses. Este serviço serve também como porta de entrada para o atendimento psicológico infantil na unidade.

Intervenção Junto à Escola de Educação Infantil Borges de Medeiros: realizam-se as seguintes atividades: orientação psicológica aos familiares das crianças que frequentam a instituição; participação nas reuniões mensais com equipe escolar; atendimento às professoras e aos estagiários; observação em sala de aula e reuniões de assessoria à equipe diretiva.

Grupo Terapêutico Infantil: semanalmente, dois estagiários coordenam as atividades deste grupo que, neste ano, conta com a participação de três crianças (dois meninos e uma menina), com idade entre nove e onze anos e com problemáticas semelhantes. O grupo é muito importante no sentido das crianças poderem compartilhar suas dificuldades e construir juntas maneiras de enfrentá-las.

Sala de espera do programa de equilíbrio alimentar de crianças e adolescentes: acontece concomitantemente às consultas de uma pediatra, a qual realiza atendimentos tendo em vista o controle do peso das crianças. Assim, realiza-se um trabalho conjunto, no qual a Psicologia se propõe a discutir questões relacionadas ao controle de peso, à ansiedade vinculada ao comer compulsivamente, às facilidades e, principalmente, dificuldades de manter tal controle, bem como temas que surgirem no momento. Para isso, utiliza-se de brincadeiras, tendo em vista que o público alvo são crianças e, eventualmente, alguns acompanhantes participam ou podem ter uma atenção de uma das duas acadêmicas que coordenam a atividade.

Programa de planejamento familiar: é coordenado por uma professora do curso de Enfermagem da UFSM e conta com a participação de acadêmicos do curso da Enfermagem e de duas estagiárias do curso da Psicologia. Neste grupo são discutidas temáticas que envolvam a saúde da mulher, como climatério, puerpério, melhor método para cada uma, orientações de uso dos métodos anticoncepcionais, bem como controle e distribuição de



hormônios e camisinhas. O grupo constitui-se também num espaço para se pensar as relações de gênero.

Programa da Criança: acompanha lactentes nos dois primeiros anos de vida avaliando o desenvolvimento físico, psicológico e social. A Psicologia se associou ao Programa da Criança devido à crescente procura de mães por orientações no que se refere aos cuidados dos filhos. Frente a isso, a Psicologia tem por objetivos realizar a promoção em saúde através do fortalecimento dos vínculos afetivos entre os pais/cuidadores e os bebês, a partir de um espaço de diálogo entre a família e os profissionais, possibilitando esclarecimentos sobre o desenvolvimento infantil. Procura-se investigar a relação dos cuidadores com a criança, permitindo a eles um espaço para a colocação de suas dúvidas e angústias no que se refere à convivência com o bebê.

Semanalmente, são realizadas Reuniões Coletivas de Supervisão, nas quais participam todos os estagiários da equipe de Psicologia, a professora supervisora e um mestrando da Psicologia que atua como co-supervisor. Estas reuniões se destinam à discussão de questões gerais que surgem no decorrer dos trabalhos, além da supervisão das atividades realizadas pelo Serviço de Psicologia da USK, que não os atendimentos individuais. A supervisão dos casos clínicos do serviço infantil e adulto também acontece semanalmente, em momentos distintos, estando sob a responsabilidade de duas psicólogas e dois mestrandos em Psicologia. Além das atividades de supervisão, são discutidas, quinzenalmente, na forma de seminários, questões relacionadas à clínica infantil.

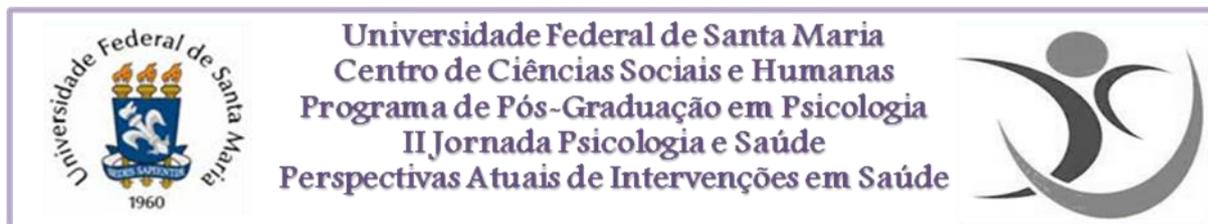
É importante destacar que todas estas intervenções e estratégias apresentadas devem ser adaptadas à realidade socioeconômica e cultural da comunidade na qual são colocadas em prática. Sem essa contextualização necessária, as práticas correm o risco de ser desconexas, sem atender às reais demandas e interesses da população atendida, podendo acarretar na não aderência dos usuários ao serviço e a conseqüente diminuição da procura pelo mesmo.

Com relação ao trabalho da equipe de Psicologia na UBS, alguns fatores levantados indicam a adequação deste à realidade da comunidade. Pegando como exemplo o Grupo de Orientação a Pais e Responsáveis e o atendimento clínico infantil, podemos citar como indicadores de que a contextualização se deu de forma eficaz: a) a grande procura por estes serviços ao longo dos dez anos de seu funcionamento, b) o baixo índice de abandono e desistência, c) altas taxas de busca espontânea pelos usuários com demandas psicológicas – apontando que o serviço já se encontra incorporado pela população atendida – e d) a realização de encaminhamentos de outros profissionais para os serviços da Psicologia – mostrando que estes compreendem e valorizam o nosso fazer.

CONCLUSÕES

Esta iniciativa nos mostra que há outras maneiras (diferentes da apenas clínica) do psicólogo estar se inserindo em ambientes de saúde coletiva, realizando intervenções que atendam às necessidades dos indivíduos, grupos e populações usuárias dos serviços, ao mesmo tempo em que correspondem às idéias e demandas da nova política de saúde pública. O importante é que o profissional esteja aberto e disposto a repensar a sua prática e conhecer este novo campo que se apresenta para ele cheio de possibilidades, as quais só não são reconhecidas quando o psicólogo se cega com venda do fazer tradicional.

Destaca-se ainda importância desta aproximação dos acadêmicos de graduação aos contextos de saúde pública e comunitária. Este tipo de experiência possibilita o contato com o



trabalho interdisciplinar, uma aproximação entre teoria e prática, no que se refere à de saúde mental, e um expressivo aprendizado sobre o funcionamento do Sistema Único de Saúde.

REFERÊNCIAS

BRASIL/MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Oitava Conferência Nacional de Saúde – Relatório Final**. Brasília, 1986.

CARVALHO, S. R. As contradições da promoção à saúde em relação à produção de sujeitos e a mudança social. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n.3, p. 669-678, 2004.

OLIVEIRA, I. F. ET AL. O psicólogo nas unidades básicas de saúde: formação acadêmica e prática profissional. **Interações**, v. 9, n. 17, p. 71-89, 2004.

OS PROFISSIONAIS DA PSICOLOGIA NO ÂMBITO DA SAÚDE MENTAL

Juliana Cantele; Dorian Mônica Arpini

Universidade Federal de Santa Maria - UFSM

RESUMO

Esse trabalho se justifica na tentativa de compreender, através da prática de profissionais já inseridos nesse novo modelo de atenção psicossocial, como a psicologia tem construído a sua inserção nessas equipes. Assim, o estudo teve como objetivo conhecer a experiência dos profissionais da psicologia dentro do atual modelo de atenção em saúde mental. Para alcançar os objetivos da pesquisa foi realizado um estudo qualitativo, com a utilização da técnica de entrevistas semi-estruturada, tendo como participantes da pesquisa 7 psicólogos de três Centros de Atenção Psicossocial de uma cidade do interior do Rio Grande do Sul, enquanto método de análise empregou-se a análise de conteúdo. O estudo evidenciou a relevância do psicólogo dentro desta modalidade de serviço, bem como as diferenças entre práticas tradicionais e as demandadas pelo atual modelo de atenção em saúde mental. Os participantes enfatizaram a importância de um constante repensar da ação profissional destacando a importância da realização de capacitação quando da entrada do profissional no serviço e da supervisão como recurso para qualificar a prática, bem como destacaram a importância do trabalho em equipe e do olhar multiprofissional em relação ao usuário.

Palavras-chave: Psicologia; Saúde Mental; Centro de Atenção Psicossocial.

INTRODUÇÃO

Durante muito tempo a loucura perpassou por diversas formas de culturas, costumes, religiões, economias, políticas, rituais, reeditadas em cada época. A partir do despertar dos trabalhadores em saúde mental é que surge a Reforma Psiquiátrica Brasileira na perspectiva de superar o modelo manicomial, buscando levar ao portador de sofrimento psíquico uma forma mais humana de tratamento, ou seja, viabilizando este a ser um sujeito biopsicossocial.

Entram, então, em vigor os serviços substitutivos que compõem uma rede interligada a partir da política da reforma psiquiátrica. Considera-se, portanto, que uma das funções desse dispositivo é de cuidar dos pacientes, de maneira mais humanitária, abordando a saúde e a cidadania como um direito de todos os sujeitos com algum sofrimento (CUNHA; MACIEL, 2008).

Com a implantação desse novo modelo de atenção em saúde mental entra em campo uma multidisciplinaridade de saberes e práticas, através do qual o psicólogo passa a se inserir e a ser inserido por esse novo modelo de atuação em saúde mental, uma vez que sua prática nem sempre esteve voltada no âmbito da saúde pública.

Rutsatz e Câmara (2006) colocam que após a década de 70 a Psicologia começou a contribuir para algumas modificações no campo de assistência pública a saúde brasileira. Os movimentos sociais transformaram-se em lugares de atuação para as novas práticas dos



psicólogos dentro da comunidade. “Assim, a inserção do psicólogo no setor de Saúde Mental na rede pública ocorreu num determinado contexto histórico-político-econômico que propiciou uma maior valorização cultural da profissão” (RUTSATZ; CÂMARA, 2006, p. 2).

O atual modelo de atenção à saúde mental reacende novas discussões, e o nosso serviço é lidar com tais impasses da prática buscando incansavelmente a formação continuada, pois outros tipos de responsabilidades se instalam para que estes novos dispositivos possam desempenhar efetivamente seu papel (BARBOSA, 2004).

Nessa nova proposta de atenção em saúde mental, o trabalho em equipes multiprofissionais passa a ser uma prioridade. O psicólogo então, ao lado de outros profissionais passa a integrar o novo modelo de atenção. Com a implantação dessa proposta o grande desafio para todos os integrantes da equipe multiprofissional não é só conhecer a sua função, mas também de conseguir estimar e reconhecer o papel do outro como essencial para se obter uma visão complexa dos fenômenos. Possibilitando, assim, “abertura à reflexão e a novas alternativas relacionais e de ação terapêutica” (PIETROLUONGO; RESENDE, 2007, p. 8).

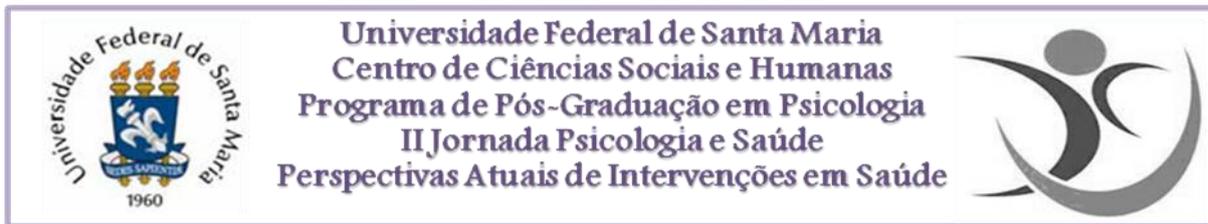
Dessa forma, são vários os movimentos em que os psicólogos, por meio de suas representações, têm sido convidados a participar, no intuito de dar entusiasmo aos processos de mobilização empenhados com a ação da Reforma Psiquiátrica, batalha que define as demandas indispensáveis na reinvenção das práticas Psi dentro do atual modelo de atenção à saúde (NASCIMENTO, 2004). Observa-se, ainda, que os profissionais que atuam nessa perspectiva encaram, ainda nos dias de hoje, amplos desafios para “ressignificar e integrar saberes e práticas trazidas de suas áreas de formação” (MENEGON; COÊLHO, 2005, p. 164).

Considera-se de extrema importância a constituição e concretização do “lugar” do psicólogo nos serviços públicos de saúde, possibilitando a abertura de novos espaços para se repensar a prática profissional do psicólogo na área da saúde mental. Tendo conhecimento dos paradigmas que embasam suas práticas dentro dessas instituições, adequando um modelo assistencial que responda de fato às demandas dos usuários.

Contudo, após realizar alguns estágios na área que aborda a saúde mental, muitas dúvidas surgiram a partir dessas experiências, uma delas foi qual é o lugar do psicólogo dentro desse novo modelo de atenção em saúde mental? Quais as dificuldades encontradas por esses profissionais uma vez que a história da prática da psicologia sempre foi muito individual e fechada? E principalmente a importância de nós psicólogos estarmos preparados para responder as atividades profissionais dentro do novo modelo de atenção em saúde mental. Nesse sentido esse estudo teve como objetivo compreender, através da prática de profissionais já inseridos nesse novo modelo de atenção em saúde mental, como a psicologia tem construído a sua inserção nessas equipes.

METÓDO

O presente estudo teve como intuito compreender através da prática de profissionais da psicologia já inseridos no atual modelo de atenção em saúde mental, como estes têm construído a sua inserção nessa nova proposta. Para a realização deste trabalho, elegeu-se a abordagem de caráter qualitativo, para uma melhor contribuição na efetivação da presente pesquisa. Em função da pesquisa ter como sujeitos profissionais da psicologia, entende-se que o uso da técnica de entrevista semi-estruturada foi a mais apropriada. Devido, essencialmente, ao caráter acadêmico e ao fato do estudo ser qualitativo, delimitou-se na pesquisa 7



profissionais, assim, os 7 participantes do estudo foram profissionais psicólogos inseridos em três instituições de saúde mental de uma cidade do RS.

Após a escolha dos locais para a realização das entrevistas, os responsáveis pelos serviços foram contatados. Foi-lhes especificados a proposta da pesquisa e, posteriormente, entregue uma cópia do projeto para cada local referido, juntamente com a autorização institucional e o termo de consentimento livre e esclarecido. Logo que esta foi confirmada, os procedimentos da pesquisa tiveram início.

O primeiro contato com os entrevistados foi realizado através da ida aos locais estabelecidos e, desde já, foram esclarecidos os preceitos que precisariam ser seguidos caso eles tivessem disponibilidade para participar da pesquisa. As entrevistas foram realizadas individualmente. Também foi informado que seria necessário gravá-las em áudio para futura transcrição e registro dos dados. As mesmas foram realizadas na instituição onde se encontravam os profissionais, em local apropriado e em horário previamente agendado.

Com o propósito de abordar nas entrevistas um conteúdo que viesse ao encontro dos objetivos da pesquisa, criou-se um roteiro a ser seguido na realização das mesmas, entre eles: o tempo que o profissional está no local e o tempo de sua formação; falar de sua experiência na instituição; se encontrou dificuldades em sua prática profissional; como o entrevistado vê o trabalho em equipes multiprofissionais; os desafios encontrados dentro desse novo modelo de atenção em saúde mental. Em seguida, para dar início a análise dos dados, as entrevistas foram transcritas na íntegra, estas poderão ser solicitadas junto à pesquisadora. Assim, para compreender os dados obtidos enquanto método de análise empregou-se a análise de conteúdo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nesse momento o trabalho apresenta alguns resultados e discussões acerca da vivência dos profissionais da psicologia inseridos no atual modelo de atenção em saúde mental. A falta de capacitação foi um dos aspectos percebidos através das entrevistas realizadas. Essa lacuna marcada pela ausência de capacitação para os profissionais ao entrarem nos serviços, segundo referem pode acarretar em dificuldades no desenvolvimento do trabalho e suas especificidades.

Dentro da atual perspectiva do CAPS observou-se a partir das entrevistas algumas características em relação ao entendimento do que seriam esses serviços para esses profissionais. Dessa forma, notou-se certa dificuldade por parte de alguns profissionais em conseguir sustentar a especificidade da prática psicológica, juntamente com todos os elementos que abarcam a proposta dos Centros de Atenção Psicossocial.

“O ser humano é muito complexo pra gente achar que vai dar conta sozinho” (Profissional 2), nessa nova proposta de atenção em saúde mental, o trabalho em equipes multiprofissionais passa a ser uma prioridade. O psicólogo então, ao lado de outros profissionais passa a integrar o novo modelo de atenção. Nota-se que a complementação de vários saberes entre diversos campos de conhecimento proporciona a ampliação da compreensão sobre os processos de doença e saúde, ressaltam Menegon e Coêlho (2005). Sendo assim, o viés multiprofissional foi destacado na maioria das falas dos profissionais.

Outra questão levantada pela maioria dos profissionais foi à importância da supervisão institucional, para ver o que esta sendo uma dificuldade para a equipe, o que eles enquanto equipe não estão conseguindo perceber no seu trabalho. Brasil (2007) destaca que “a supervisão deve ser ‘clínico-institucional’, no sentido de que a discussão dos casos clínicos

deve sempre levar em conta o contexto institucional, isto é, o serviço, a rede, a gestão, a política pública” (p. 1).

Observa-se que os profissionais que atuam nessa perspectiva encaram, ainda nos dias de hoje, amplos desafios para “ressignificar e integrar saberes e práticas trazidas de suas áreas de formação” (MENEGON; COELHO, 2005, p. 164). Alguns dos entrevistados ressaltam a dificuldade da atuação clínica dentro do serviço substitutivo. De acordo com Barbosa (2004) o atual modelo de atenção à saúde mental reacende novas discussões, e o nosso serviço é lidar com tais impasses da prática buscando incansavelmente a formação continuada, pois outros tipos de responsabilidades se instalam para que estes novos dispositivos possam desempenhar efetivamente seu papel.

Através da presente pesquisa pode-se notar que a maioria dos entrevistados colocam os vários lugares em que os profissionais da psicologia estão inseridos, reinventando a todo momento o exercício de seu fazer.

CONCLUSÕES

A pesquisa possibilitou a acadêmica para que entrasse em contato com a realidade tanto dos serviços, como dos profissionais incluídos nesse trabalho em saúde mental. Contudo, a partir das entrevistas observou-se que esses sujeitos demandam capacitação antes de entrarem no serviço de saúde mental, ou seja, carecem de uma preparação anterior para assumirem sua função na prática.

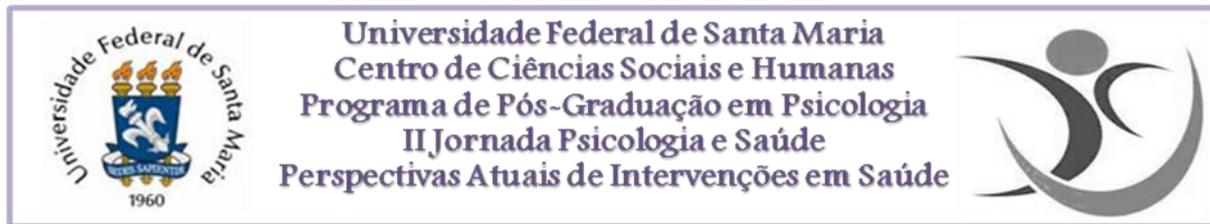
A supervisão institucional faz-se necessária, devido a várias questões, sempre levando em conta o conjunto institucional, ou seja, a rede, a gestão, o serviço, a política pública, as discussões dos casos clínicos, além disso, possibilita um espaço para compartilhar os sentimentos da equipe, enquanto sujeitos inseridos em um contexto multiprofissional.

Através do discurso de alguns profissionais pode-se perceber a dificuldade no exercício da prática clínica dentro de um Centro de Atenção Psicossocial, no entanto, os profissionais estão a todo momento resignificando e reinventando novas práticas Psi.

Feita algumas considerações, vale ressaltar que o estudo permitiu identificar que o psicólogo tem um lugar diferenciado dentro dos serviços de saúde mental, tornando-se referência principalmente entre os profissionais que compõem a equipe.

REFERÊNCIAS

- BARBOSA, L. H. Psicologia clínica na saúde mental: uma crítica à reforma psiquiátrica. **Ciências e cognição** 2004. v. 03, p. 63-65, 2004. Disponível em: <<http://www.cienciasecognicao.org/pdf/v03/m2348.pdf>>. Acesso em: 01 maio 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **O ofício da supervisão e sua importância para a rede de saúde mental do SUS**. Brasília, DF, 2007. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=31355>. Acesso em: 29 out. 2009
- CUNHA, G.A.M.A.; MACIEL, S.C. **Saúde Mental - Luta Antimanicomial, Reforma Psiquiátrica e CERSAMs: Campo de Atuação das Políticas Públicas**. 2008. Disponível em:<<http://www.webartigos.com/articles/11430/1/saude-mental---luta-antimanicomial-reforma-psiquiatica-e-cersams/pagina1.html>>. Acesso em: 15 mar. 2009.
- MENEGON, V. M.; COELHO, A. E. L. **A inserção da psicologia no sistema de saúde pública: uma prática possível**. p. 161-174, 2005. Disponível em: <online.unisc.br/seer/index.php/barbaroi/article/view/824/608>. Acesso em: 26 ago 2009.



NASCIMENTO, C. A. T. do. Construindo Processos de Organização dos Psicólogos em Saúde Pública. In: _____. **Psicologia e políticas públicas**: experiências em saúde pública. Porto Alegre, RS: CRP - 7^o Região, 2004. p. 84-96. Disponível em: <<http://www.crp07.org.br/upload/edicao/arquivo15.pdf>>. Acesso em: 20 maio 2009.

PIETROLUONGO, A. P. da C.; RESENDE, T. I. M. de. Visita domiciliar em saúde mental - o papel do psicólogo em questão. **Psicologia**: ciência e profissão. Brasília, v. 27, n. 1, p. 1-10, 2007. Disponível em: http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932007000100003&lng=pt&nrm=. Acesso em: 30 ago 2009.

RUTSATZ, S.N.B.; CÂMARA, S.G. **O psicólogo na saúde pública**: trajetórias e percepções na conquista desse espaço. Canoas, n. 23, 2006. Disponível em: <http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942006000200006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 16 mar 2009.

SIGNIFICADOS ATRIBUIDOS À INSUFICIÊNCIA RENAL

Alberto Manuel Quintana; Taiane Klein dos Santos Weissheimer

Universidade Federal de Santa Maria - UFSM

RESUMO

A notícia do diagnóstico de Insuficiência Renal Crônica causa aos sujeitos inúmeras implicações e emoções. Por isso, este trabalho teve como objetivo alcançar uma possível compreensão de como os pacientes renais crônicos de um Hospital Universitário da Região Sul representam suas experiências sobre a doença e seu tratamento. O método utilizado foi o de pesquisa qualitativa e doze pessoas participaram. Os instrumentos usados foram a entrevista semi-dirigida e a autofotografia. Para a análise dos dados foi empregada a técnica de análise de conteúdo, o que permitiu que fossem construídas quatro categorias temáticas: não aceitação ou negação do real que se apresenta, hospitalização, conhecer para compreender e deparando-se com a morte. Constatou-se que conhecer um pouco mais sobre as vivências da insuficiência renal proporciona uma idéia da dinâmica dos sujeitos frente ao fato de ser um doente renal crônico, possibilitando que os profissionais envolvidos ofereçam os cuidados e o apoio que essas pessoas necessitam.

Palavras-chave: Insuficiência renal crônica; Equipe de assistência ao paciente; Experiência de vida.

INTRODUÇÃO

O diagnóstico de Insuficiência Renal Crônica (IRC) traz consigo a idéia da iminência da morte, ocasionando inúmeros conflitos psíquicos. Sendo assim, adaptar-se às características da doença renal constitui um processo muito complexo, com inúmeras repercussões de todo tipo e ordem (RUDNICKI, 2007).

Segundo Romano, “a especificidade da Insuficiência Renal Crônica (IRC) é que seu diagnóstico não marca uma expectativa de cura, a devolução do estado de saúde, mas uma passagem irreversível para o mundo dos doentes” (ROMANO, 1994, p.86). O paciente renal, como nenhum outro doente, depara-se com uma grande dependência com relação a procedimentos hospitalares, como cirurgias, remédios e etc. (BORGES, 1998). Apesar de todo esse envolvimento, ainda não tem a garantia de cura, mesmo após se submeter a um transplante. A doença acarreta uma série de perdas, levando ao esfacelamento do corpo, conseqüência de fístulas, cateteres e exames.

A falta da atenção à esfera subjetiva da experiência humana pode limitar seriamente a valorização e compreensão das habilidades e forças que, de outra forma, poderiam ajudar a solucionar crises de saúde. Remen (1993) diz que a forma como são considerados os aspectos subjetivos do paciente muitas vezes são tomados como problemáticos. Sentimentos, atitudes, crenças e fantasias podem interferir no plano de tratamento e precisam ser focalizados e utilizados, tornando-se não parte do problema, porém parte da solução. Nesse sentido, evidencia-se a relevância do diálogo entre os profissionais e os doentes durante o tratamento.

Uma experiência, como por exemplo uma doença, traz significados para quem a vive ou para a pessoa que a observa no outro, sejam eles conscientes ou inconscientes. “Ao quisermos conhecer sentidos e significados, buscamos interpretá-los, voarmos com nossa criatividade para compreender o fenômeno” (TURATO, 2008, p.98). Sendo assim, a investigação objetivou uma possível compreensão de como os pacientes renais crônicos representam suas experiências, vivências, emoções e sentimentos acerca da insuficiência renal.

MÉTODODO

Foi utilizado um método qualitativo por considerar ser que melhor adequava-se aos objetivos dessa investigação. Foram realizadas doze entrevistas, onde cinco dos entrevistados eram do sexo feminino e sete do sexo masculino, com idades entre vinte e seis e sessenta e um anos. A escolha dos sujeitos ocorreu de forma acidental.

Primeiramente, obteve-se uma listagem com o nome, endereço e telefone das pessoas que fazem ou já fizeram tratamento hemodialítico através de uma consulta efetuada nos prontuários do Serviço de Nefrologia do Hospital Universitário. Explicou-se brevemente em que consistia o trabalho por meio de ligação telefônica, e uma vez aceita a colaboração na pesquisa, marcou-se o dia do encontro nas casas dos participantes.

Foram utilizados dois instrumentos para a coleta dos dados. O primeiro foi a entrevista semi-dirigida, onde os pesquisadores se basearam em eixos norteadores a fim de orientar as entrevistas e que deveriam ser abordados pelos entrevistados. Depois da leitura do termo de consentimento livre e esclarecido, solicitou-se que primeiramente falassem sobre suas vidas e de si mesmos, abordando ao longo da conversa questões da doença. Com o intento de facilitar o desenvolvimento das entrevistas, estas aconteceram em suas residências.

O outro instrumento empregado para a coleta dos dados foi a autofotografia, pois conforme Biazus, “o olhar do fotógrafo é aquele de alguém que escreve com a câmera e, portanto, realiza um exercício de abstração, de considerações sobre o mundo” (2006, p. 302-303) Inicialmente, os participantes foram orientados quanto ao manejo da máquina fotográfica analógica a qual lhes foi entregue, e solicitou-se que tirassem doze fotografias. Elas deveriam mostrar o que considerassem significativo sobre a experiência da doença e o que mais achassem relevante, mas que tivesse relação com o fato de serem portadores de IRC. Depois da revelação das fotografias no tamanho padrão 10X15cm, realizou-se uma entrevista buscando-se um entendimento do elemento escolhido para a fotografia e sua vinculação com o tema proposto anteriormente.

Todos os participantes concordaram que as entrevistas fossem gravadas, pois foi explicado que seriam feitas transcrições na sua integralidade, mas que se usariam nomes fictícios para a identificação dos sujeitos com a intenção de manter a privacidade destes. Depois das transcrições, foi empregada a técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin (2008) para a análise dos dados.

Esta pesquisa cumpriu todos os requisitos éticos referentes a pesquisas com seres humanos contidos na Resolução nº 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, sendo previamente aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria sob o número 23081.016476/2008-71.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Não aceitação ou negação do real que se apresenta

Ao descobrir a doença, a maior parte das pessoas entrevistadas disse não ter aceitado tal idéia, assim como o fato de precisarem fazer hemodiálise.

“Eu fiquei oito anos com insuficiência renal, mas por quê? Porque eu não aceitava, né, eu não aceitava”. (Ana, 42 anos).

Com relação a isto, o enfermo deve aceitar o real que lhe acomete, realidade essa que modifica seu corpo, sem qualquer possibilidade de controle de sua parte. E mesmo que ele compreenda que tudo é feito para a sua saúde ou até para sua sobrevivência, a situação complexa em que se encontra ativa uma série de reações psicológicas muito fortes (PINKUS, 1988).

Hospitalização

Para qualquer paciente, estar hospitalizado representa uma marca de que sua saúde não está bem. Conforme Borges e Martins “isto ocorre com mais intensidade no caso de pacientes crônicos, que têm de dedicar mais tempo de sua vida aos cuidados médico-hospitalares” (2001, p.43).

“Ah! Eu me sentia um prisioneiro, um passarinho dentro da gaiola”. (Pedro, 26 anos).



Figura 01 – O momento da hemodiálise

O contato com a máquina no hospital gera no paciente uma grande apreensão e uma representação de afetos ambivalentes, pois além de privar-se de afazeres muito mais agradáveis, a pessoa também necessita conviver com os sentimentos de impotência, diminuição da autonomia e dependência da máquina.

Conhecer para compreender

A troca de informações entre pacientes e equipe de saúde pode favorecer e acionar uma atitude mais ativa daqueles em relação à hospitalização e ao tratamento. Porém, alguns entrevistados denunciaram a falta de diálogo com tal equipe, demonstrando sentimentos de sujeição e descontentamento.

“Eu nunca imaginei o que era (IRC), eu não sabia. Eu não sabia que problema de rim dava essa situação toda (hemodiálise), achei que fosse que nem qualquer outra doença, uma dor de cabeça, uma dor de barriga...”. (André, 47 anos).

Deparando-se com a morte

Morte não é um assunto falado durante as sessões de hemodiálise, apesar de ser uma possibilidade iminente e presente no dia-a-dia do enfermo (REIS, 2008). A reflexão sobre esse assunto é mais freqüente em comparação com uma pessoa sadia. Logo, deparar-se com a morte e não ter esse espaço de escuta e também de troca é algo que perturba ainda mais, gerando um maior mal-estar, pois é com a morte – e o medo dela – que os portadores de IRC se deparam todos os dias.

“Eu achava que era o fim do mundo, que eu ia entra lá e ia morre, eu ia ali e via aquele sangue todo saindo assim da máquina, das outra pessoa, eu pensava, não sei, que eu não ia agüentar!”(Ana, 42 anos)

CONCLUSÕES

Percebeu-se nesse estudo que num primeiro momento as pessoas tendem a não aceitar a doença, o que torna o comprometimento com o tratamento mais difícil. Ao vivenciar a tomada de consciência - total ou parcial - da doença e suas implicações o sujeito abandona o sentimento de negação. Logo, o real é incorporado.

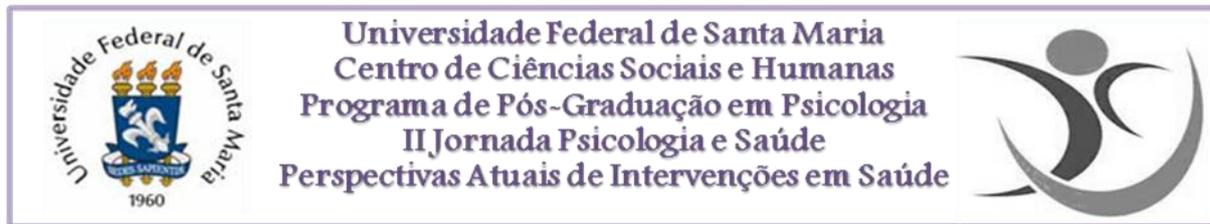
No decorrer da doença, a necessidade de hospitalização faz com que o sujeito tenha nova ordenação de tudo que está em si e ao seu redor. Nessa ocasião, o paciente é quase que totalmente desprovido de sua identidade anterior à doença, passando a ser identificado por ele mesmo e pelos outros, muitas vezes, através dos sintomas da doença.

Além disso, a pesquisa mostrou que quando as pessoas têm informações sobre a Insuficiência Renal e que conseqüências essa doença traz para suas vidas, compreendem melhor o processo pelo qual estão passando, diminuindo a ansiedade gerada pela incerteza do que poderá acontecer com elas mesmas.

Por isso, conhecer um pouco mais sobre as vivências da insuficiência renal proporcionou a idéia da dinâmica dos sujeitos frente ao fato de ser um doente renal crônico, possibilitando que os profissionais envolvidos ofereçam os cuidados e o apoio que essas pessoas necessitam.

REFERÊNCIAS

- BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. 11ª ed. Edições 70, 2008.
- BLAZUS, Paula de Oliveira. Fotoetnografia da Biblioteca Jardim. **Horizontes Antropológicos**. Porto Alegre: 2006;12(25):. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-71832006000100018&lng=pt&nrm=iso> Acesso em 29 de junho de 2010.
- BORGES, Leticia Ribeiro; MARTINS, Dinorah Gióia. Clínica de hemodiálise: existe qualidade de vida? **Boletim de Iniciação Científica em Psicologia**. 2001,2(1):. Disponível em: <http://www.mackenzie.br/fileadmin/Graduacao/CCBS/Cursos/Psicologia/boletins/2/3_clinica_de_hemodialise.pdf> Acesso em 24 de abril de 2008.
- BORGES, Zulmira Newlands. **Da doença à dádiva: um estudo antropológico sobre transplantes de órgãos através da análise do transplante renal**. Porto Alegre: UFRGS, 1998. Tese, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas/Programa de Pós-graduação em Antropologia Social, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 1998.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Conselho Nacional de Saúde, Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. **Resolução N° 196 de 10 de outubro de 1996**: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: MS; 1996.



PINKUS, Lucio. **Psicologia do doente**. São Paulo: Paulinas; 1988.

REIS, Carla Klava dos; GUIRARDELLO, Ednêis de Brito; CAMPOS, Claudinei José Gomes. O indivíduo renal crônico e as demandas de atenção. **Rev Bras Enferm**. Brasília. 2008;61(3). Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672008000300010&lang=pt> Acesso em: 22 de abril de 2010.

REMEN, Rachel Naomi. **O paciente como ser humano**. São Paulo: Summus; 1993.

ROMANO, Bellkiss Wilma. **A prática da psicologia nos hospitais**. São Paulo: Pioneira; 1994.

RUDNICKI, Tânia. Preditores de qualidade de vida em pacientes renais crônicos. **Estud. Psicol. Campinas**. 2007;24(3). Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2007000300006> Acesso em: 08 de abril de 2008

TURATO, Egberto R. Introdução à Metodologia da Pesquisa Clínico - Qualitativa - Definição e Principais Características. **Revista Portuguesa de Psicossomática**. 2000;2(1).: Disponível em: <<http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=28720111&iCveNum=952>> Acesso em 27 de agosto de 2008.



PSICOLOGIA E COMUNIDADE: EXPERIÊNCIA NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Taianny Ribeiro Bastos; Liriani Freitas; Fernanda Pires Jaeger

Centro Universitário Franciscano - UNIFRA

RESUMO

O debate sobre a inserção da Psicologia nas políticas públicas tem sido algo relativamente recente. No contexto da saúde essa discussão se intensificou a partir da ampliação da concepção de saúde, com o deslocamento de um modelo curativo para um de promoção de saúde. A definição da atenção básica como um foco prioritário do Ministério da Saúde e o desenvolvimento da Estratégia de Saúde da Família houve o estabelecimento de uma política que busca maior resolutividade da atenção. A apropriação desse campo de intervenção pelos profissionais da psicologia tem possibilitado o desenvolvimento de ações preventivas e o trabalho interdisciplinar. Sendo assim, o presente estudo aborda um relato de experiência no que diz respeito a atuação do psicólogo na atenção básica de saúde em um ESF (Estratégia de Saúde da Família) de uma comunidade de Santa Maria, RS. Trata-se de um relato de experiência dos estágios específicos I e II do curso de psicologia da UNIFRA, Santa Maria, RS. Com este estudo foi possível concluir que o trabalho do psicólogo em um ESF é de vital importância, principalmente porque se propõe a promover a qualidade de vida e gerar autonomia dos moradores da comunidade obedecendo os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS).

Palavras-chave: Atenção Básica; Saúde; Psicologia.

INTRODUÇÃO

Góis (2005) apresenta que a psicologia comunitária tem distintas noções de comunidade, porém quase todas apresentam elementos comuns, como território, história e valores compartilhados e um modo de vida social, além de um mesmo sistema de representação social, um sentimento de pertença e uma identificação social. Características essas construídas ao longo do tempo. Sendo então a compreensão de uma atividade comunitária como ação social significativa, por meio de um comprometimento social analisando o modo de vida do lugar e que abarca seus sistemas de significados e relações.

A partir das propostas da VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, a saúde foi incluída na Constituição do Brasil de 1988. Em setembro de 1990, foi regulamentada a reforma sanitária com a proposição do Sistema Único de Saúde (SUS), através da homologação da Lei Orgânica da Saúde que vigora no país atualmente (CAMPOS, 2006).

O Sistema Único de Saúde (SUS) é uma política de saúde estabelecida através de sistema complexo que tem a responsabilidade de articular e coordenar ações promocionais de prevenção, com as de cura e reabilitação. A atuação do sistema abrange um conjunto de serviços e ações de vigilância em saúde; assistência que integra a atenção básica, atenção especializada, ambulatorial e atenção hospitalar em seus vários níveis de complexidade;

prestação de assistência terapêutica integral, com destaque para a farmacêutica; apoio diagnóstico e de terapia na assistência à saúde, e nas investigações de interesse da vigilância em saúde pública, entre outros (CAMPOS, 2006).

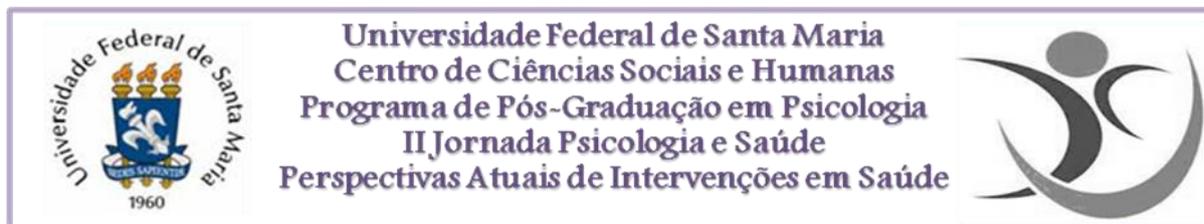
O SUS se baseia em diretrizes organizativas e princípios doutrinários incorporados ao texto constitucional e às leis ordinárias que o regulamentam. Os princípios que conferem ampla legitimidade ao sistema são: universalidade, integralidade, equidade. As diretrizes do sistema visam imprimir racionalidade ao seu funcionamento, as mais significativas são: descentralização, regionalização e hierarquização (CAMPOS, 2006).

Nesse contexto de mudanças oficializou-se, de acordo com Vasconcellos (1998) em 1994, o Programa de Saúde da Família (PSF). O Programa de Saúde da Família (PSF) tem sido atualmente compreendido, pelo Governo Federal, como uma política pública de atenção primária à saúde (APS). É o primeiro contato da população com o serviço de saúde. Sendo também uma estratégia para reorientação do sistema de saúde, auxiliando a operacionalização dos princípios e diretrizes do SUS e organizando o sistema numa rede articulada com os outros níveis de atenção (BRASIL, 1997). O Programa então tem sido denominado, de acordo com Brasil (1997) mais recentemente, de Estratégia. O mesmo constitui a ampliação da perspectiva de um programa de ações em saúde, para que fique explícita a proposta de uma forma de reorganizar o modelo de atenção que visa a integralidade. A ESF incorpora e reafirma os princípios do SUS, com as especificidades de um trabalho de APS (BRASIL, 2002).

Quanto à Estratégia de Saúde da Família (ESF), busca desenvolver ações de atenção primária à saúde. Essas ações são dirigidas não somente para a cura e prevenção de doenças, mas, principalmente, buscando promover a qualidade de vida e valorizar o papel dos indivíduos no cuidado com sua saúde, de sua família e de sua comunidade. Por esse motivo dá-se a importância da inserção do profissional psicólogo nas Unidades de Saúde, (CARDOSO, 2001).

A ESF é considerada a porta de entrada do sistema, de forma que seja garantida atenção integral aos indivíduos e famílias da comunidade. Caso haja demanda para outros níveis de atendimentos de média e alta complexidade, é feita uma avaliação e solicitado atendimento (CARDOSO, 2001). O trabalho interprofissional na ESF assume fundamental importância para a abordagem da saúde da família, de acordo com Giacomozzi e Lacerda (2006) em especial na assistência domiciliar à saúde, que envolve os profissionais e as pessoas/famílias atendidas. Sendo assim, as práticas da assistência domiciliar pelos profissionais da ESF devem ser consideradas de modo a lhes revelar suas perspectivas, possibilitando uma reflexão acerca da atenção.

Através da prática de estágio na Unidade Básica de Estratégia de Saúde da Família (ESF), o estagiário pode exercer um compromisso social, através de contribuições para a comunidade atingida de ordem para uma melhor qualidade de vida e funcionamento. A prática psicológica em contexto da atenção básica das comunidades pertencentes à Unidade será um primeiro passo para maiores contribuições futuras. Este estudo objetivou oportunizar atividades práticas em atenção básica de saúde junto à equipe interdisciplinar atuando na realidade da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Sendo assim, o objetivo deste estudo seria demonstrar a inserção da psicologia neste contexto tem como intenção construir conhecimentos teórico-metodológicos para atuação profissional no contexto comunitário; Identificar necessidades comunitárias, levantando demandas de melhoria nas condições de vida, saúde e habitação; Elaborar e utilizar procedimentos e técnicas psicológicas que



promovam o desenvolvimento, a autogestão e a emancipação de indivíduos e grupos. Integrar equipes interdisciplinares, desenvolvendo ações integradas. Coordenar grupos operativos e auto-analíticos. Realizar atendimentos individuais.

MÉTODO

O Estágio em questão está sendo realizado junto à uma Unidade de Estratégia de Saúde da Família de uma cidade situada no interior do Rio Grande do Sul. Abrangendo todas as famílias compentes da comunidade em questão, usuários do SUS e a equipe interdisciplinar de saúde componente da Unidade.

Os procedimentos éticos e o modo de intervenção se deram através da realização de uma reunião onde estavam presentes a enfermeira responsável pela ESF, a médica atuante no local, a professora supervisora e as estagiárias. Nesta reunião, foi apresentado o plano do Estágio Específico II, a apresentação das novas estagiárias, com seus objetivos. E posteriormente, será assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, fornecido pela UNIFRA, para fins do Instrumento Diagnóstico, além do Termo de Compromisso de Estágio, onde a Instituição de Estágio assina no momento em que se inicia o estágio, junto ao supervisor e estagiárias, que garantirá a realização da proposta.

Inicialmente foi realizado pelas estagiárias no local, um levantamento das necessidades e demandas presentes na comunidade, através de visitas domiciliares, realizadas com as agentes comunitárias de saúde, ou com outra pessoa da equipe. De acordo com Gil (2006), pode-se definir questionário como a técnica de investigação composta por um número mais ou menos elevado de questões apresentadas por escrito às pessoas, tendo por objetivo o conhecimento de opiniões, crenças, sentimentos, interesses, expectativas, situações vivenciadas, etc. No caso desta pesquisa de diagnóstico comunitário, as questões são formuladas oralmente pelo pesquisador e podem ser designados como questionários aplicados com entrevista ou formulários.

A visita domiciliar (VD) é uma categoria da atenção domiciliar à saúde que prioriza o diagnóstico da realidade do indivíduo e as ações educativas. Segundo Giacomozzi e Lacerda (2006) é um instrumento de intervenção fundamental na saúde da família e na continuidade de qualquer forma de assistência e/ou atenção domiciliar à saúde, sendo programada e utilizada com o intuito de subsidiar intervenções ou o planejamento de ações.

Intervenções na sala de espera através de uma observação participante. A qual segundo Gil (2006) consiste na participação real do conhecimento na vida da comunidade, do grupo ou de uma situação determinada, nesta o observador assume o papel de um membro do grupo.

A realização de grupos tanto de usuários da ESF, quanto de estudantes na escola da comunidade, e reuniões semanais de equipe, também faz parte das intervenções a serem realizadas no decorrer do estágio. Se necessário, realizaremos atendimentos individuais com a proposta de intervenção breve-focal de referencial psicanalítico.

As informações obtidas serão registradas semanalmente em um diário de campo. Segundo Bogdan e Biklen (1994), um diário de campo é o relato escrito daquilo que o investigador ouve, enxerga, experiência, pensa no decurso da coleta de dados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Ações da psicologia estão sendo desenvolvidas a partir do Estágio Específico I, II e III com alunos integrantes da ênfase “Psicologia comunitária e da Saúde”. Este eixo de prática profissional insere-se nas abordagens teórico-metodológica da Psicologia Social Comunitária.

Abordagens estas, que tomam o sujeito em sua constituição sócio-histórica, em permanente movimento de construção das concepções que tem a respeito de si, dos outros, do ambiente e das redes sociais nos quais se encontra. As ações desenvolvidas são as seguintes: Diagnóstico comunitário, Visitas e atendimentos domiciliares; Intervenção em grupos (grupo operativo e grupos comunitários): grupos de adolescentes, gestantes, planejamento familiar, agentes comunitários de saúde, hipertensos, etc. Atendimento individual (quando necessário) Assessoria às instituições da comunidade (centros comunitários, escola, grupos de geração de trabalho e renda, pastoral) Reuniões de integração com equipe de saúde Participação de reuniões da comunidade.

Com este estudo consegue-se perceber que ao tratar da Psicologia Comunitária é fundamental que se leve em consideração a que tipo estamos nos referindo sem deixar de considerar seu caráter plural no que tange aos aspectos teóricos e metodológicos. Há uma predominância da Psicologia Social Crítica ou Sócio-histórica entre os psicólogos comunitários e esta preocupação da seria principalmente da psicologia em trabalhar com os excluídos da cidadania e o desejo de contribuir para a transformação dessa realidade tem sido denominada de *Psicologia Social Comunitária* (GÓIS, 2005).

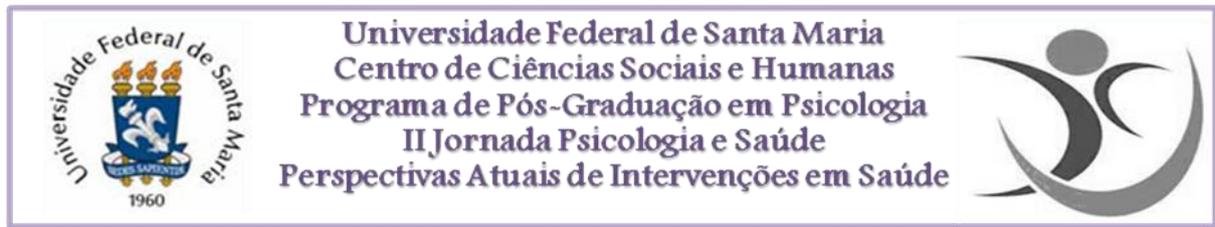
Em vista disso as questões relativas à avaliação e à satisfação do usuário com o serviço de saúde tornaram-se importantes, pois de acordo com Dimenstein (2001), considera-se que a modificação do modelo assistencial hegemônico e a melhoria real no atendimento à saúde passam necessariamente pelo desenvolvimento de serviços mais próximos da população, das suas necessidades e prioridades. Para isso, exige-se uma nova mentalidade profissional e organizacional, participação e compromisso na busca da qualidade da saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A atuação do psicólogo na atenção básica, através da referência da Psicologia Comunitária, esta que se constitui como uma área da Psicologia Social que tem crescido muito nos últimos tempos tendo em vista o agravamento das condições de vida da população, especialmente nos países subdesenvolvidos. Em países como o Brasil a precarização das condições de moradia, saúde, educação, as estatísticas sobre emprego e violência ainda estão longe do nível necessário e almejado para dar condições mínimas de cidadania a uma grande parcela da população.

REFERÊNCIAS

- BOGDAN, R. C.; BIKLEN, S. K. Notas de campo. **Uma introdução à teoria e aos métodos**. Porto, Ed. Porto. 1994, p. 150-175.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da família: uma estratégia para a reorganização do modelo assistencial**. Secretaria de Assistência à Saúde. Brasília, 1997.
- BRASIL Ministério da Saúde. **Guia Prático do Programa de Saúde da Família**. Brasília, 2002.
- CAMPOS, G. W. S. (org). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo, SP: Ed. Hucitec, 2006.
- CARDOSO, C. L. O Gestalt-terapeuta na Comunidade: Descobrimo a Autenticidade do Sujeito. Em: **Revista do VII Encontro Goiano da Abordagem Gestáltica**, 7: 95-108, 2001.
- CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. **Anais da VIII Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, 1986.
- DIMENSTEIN, M. O psicólogo e o compromisso social no contexto da saúde coletiva. **Psicol. estud.** [online]. 2001, vol.6, n.2, pp. 57-63.



- GIACOMOZZI, C. M.; Lacerda, M. R. **A prática da assistência domiciliar dos profissionais da estratégia de saúde da família.** Florianópolis, 2006.
- GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** São Paulo: Editora Atlas 2006
- GÓIS, C.W.L. **Psicologia comunitária: atividade e consciência.** Fortaleza: Publicações Instituto Paulo Freire de Estudos Psicossociais, 2005.
- VASCONCELLOS, M. da P. C. Reflexões sobre a Saúde da Família. In: Mendes, E. V. (org). **A organização da saúde no nível local.** (pp. 155-172). São Paulo: Hucitec, 1998.



FORMAS SIMBÓLICAS NA MÍDIA ESCRITA: ESBOÇO DE UMA ANÁLISE QUANTITATIVA

Adriane Roso; Fernanda S. Macedo; Moises Romanini; Mônica Angonese; Marília P. Bianchini; Alex Monaiar; Vagner de Magalhães Silva

Universidade Federal de Santa Maria - UFSM
Grupo de Pesquisa “Saúde, Minorias Sociais e Comunicação”

RESUMO

Este trabalho visa apresentar uma análise preliminar da pesquisa intitulada *Ideologia, produção de subjetividades e drogas: discursos midiáticos sobre o crack na cultura (pós)-moderna*, através da qual se pretende (a) conhecer os significados (re)produzidos na mídia escrita ao que se refere a categorias como cuidado à saúde, tráfico de drogas, relações de gênero/raça/etnia/geracional, e (b) conhecer e interpretar os modos como a mídia veicula os discursos de profissionais, familiares e cuidadores sobre o(s) modelo(s) de atenção à saúde mental. O método consiste em uma *análise discursiva* (THOMPSON, 2007) das formas simbólicas que se referem ao crack em dois jornais de grande circulação no interior do estado do Rio Grande do Sul (período de julho de 2008 a julho de 2009). No presente estudo, apresenta-se a análise estatística descritiva (realizada com o auxílio do *software* IBM SPSS Statistics 18) das variáveis desses veículos (denominados ficticiamente jornal “A” e jornal “B”). Para a formulação das variáveis, criou-se uma lista *a priori* de questões abordadas ou negligenciadas pelos jornais, que foram agrupadas em duas categorias: forma e conteúdo. As variáveis que compõem as categorias foram alteradas à medida que se empreendeu a leitura e a apropriação das formas simbólicas. Atualmente a pesquisa está na fase de análise qualitativa a partir do olhar da psicologia social crítica. Entretanto o levantamento inicial já indica elementos importantes como: ênfase na repressão e no combate ao crack; associação marcante do crack com a violência e opacidade das mulheres e dos idosos.

Palavras-chave: Psicologia Social; Mídia; Drogas (Crack).

INTRODUÇÃO

As culturas (pós)-modernas ocidentais – sustentadas na égide do capitalismo neoliberal - possuem dois aspectos fundamentais que contribuem para a fabricação dos processos de subjetividade: produção de ‘refugo humano’ e o consumo. A produção de ‘refugo humano’ refere-se à produção de seres humanos refugados, seres excessivos, redundantes e indesejáveis, que não puderam ou não quiseram ser reconhecidos ou não obtiveram permissão para permanecer no fluxo da ordem econômica, social, política etc. (BAUMAN, 2005). O usuário de drogas ‘ilegais’ é um dos exemplos mais perceptível de um ‘ser refugado’. O espaço na sociedade para um usuário de drogas é limitado e delimitado, tanto no campo do trabalho como familiar ou escolar. O consumo costuma ser de dois tipos: o consumo alienante e o consumo compulsório. No consumo alienante observa-se que muitas pessoas buscam nas mercadorias mais do que simples qualidades objetivas, conferindo-lhes certas qualidades

virtuais que acabam determinando sua aquisição e consumo (MANCE, 1998). Especialmente na pós-modernidade o consumo de drogas tem adquirido um caráter alienante; muitas pessoas acreditam que através das drogas conseguirão viver rapidamente plenamente e, ao tornarem-se dependentes, de consumidores transformam-se também em mercadorias. O consumo compulsório refere-se aos pobres e excluídos, subempregados, desempregados e populações de rua que não dispõem de recursos para consumir os produtos de grife ou as marcas famosas e caras. Premidos pela necessidade, buscam maximizar o poder de consumo dos poucos recursos que têm (MANCE, 1998). O Crack tem atraído justamente as classes menos favorecidas economicamente. Ele atinge, segundo Carlini, Galduróz, Noto e colaboradores (1995), cada vez mais as classes média-baixa e baixa.

Nesse jogo neoliberal, o consumidor [de drogas] é, segundo Mance (1998), agenciado pelas peças publicitárias, *merchandisings* e modismos das mídias de massa, as quais determinam muito a individuação das subjetividades. Elas têm cada vez maior preponderância afirmando padrões estéticos, éticos e políticos, interferindo com seus processos pedagógicos nos níveis mais íntimos da subjetividade, agenciando os comportamentos mais variados (BAUDRILLARD, 1995). A ampla circulação de mensagens veiculadas pela mídia fez com que a comunicação de massa se tornasse um fator importante de transmissão da ideologia nas sociedades modernas. Assim, os fenômenos ideológicos podem tornar-se fenômenos de massa, isto é, fenômenos que podem atingir um número cada vez maior de receptores, colaborando com a criação, estabelecimento e manutenção de relações assimétricas, relações de dominação (THOMPSON, 2007). Destarte, a mídia de massa, ao veicular formas simbólicas (discursos) sobre drogas como o crack, produz e/ou reforça certas subjetividades e certos modos de viver. Nesse sentido, destacar e interpretar os discursos das mídias de massa frente ao uso/usuário de drogas é um passo importante em direção à compreensão da ideologia subjacente aos discursos midiáticos e ao reconhecimento dos tipos de subjetividades que são produzidas na cultura pós-moderna.

Tomamos como objetivo geral de pesquisa interpretar a ideologia subjacente aos discursos produzidos pela mídia de massa escrita referentes ao uso da droga crack, buscando reconhecer os tipos de subjetividades que são produzidas na cultura pós-moderna. Como objetivos específicos quer-se (a) conhecer os significados (re) produzidos na mídia escrita ao que se refere à categorias como cuidado à saúde, tráfico de drogas, relações de gênero/raça/etnia/geracional, e (b) conhecer e interpretar os modos como a mídia veicula as falas (ou formas simbólicas) de profissionais, familiares e cuidadores sobre o(s) modelo(s) de atenção à saúde mental. Como objetivos específicos buscamos conhecer que significados são (re) produzidos na mídia escrita ao que se refere à categorias Atendimento à Saúde, Família, Criminalidade, Tráfico de Drogas, Relações de Gênero, de Raça/Etnia e Geracional e também conhecer e interpretar os modos como a mídia veicula as falas (ou formas simbólicas) de profissionais e especialistas sobre o(s) modelo(s) de atenção à saúde mental;

MÉTODO

Primeiramente foi feito um levantamento das reportagens que tratavam do tema crack em dois jornais de grande circulação em uma cidade do interior do estado do Rio Grande do Sul, no período de julho de 2008 a julho de 2009. As reportagens selecionadas passaram por uma análise quantitativa e passarão por uma qualitativa. O referencial metodológico adotado para tal análise será a Hermenêutica de Profundidade (THOMPSON, 2007).

Nesta etapa centramos nossos esforços na análise quantitativa dos discursos. Essa fase é fundamental, pois nos fornecerá a base sob a qual estruturaremos a análise qualitativa (formal) dos discursos. Sendo assim, no presente estudo, apresenta-se a análise estatística descritiva (realizada com o auxílio do *software* IBM SPSS Statistics 18) das variáveis desses veículos (denominados ficticiamente jornal “A” e jornal “B”). Para a formulação das variáveis, criou-se uma lista *a priori* de questões abordadas ou negligenciadas pelos jornais, que foram agrupadas em duas categorias: forma e conteúdo. As variáveis que compõem as categorias foram alteradas à medida que se deu a leitura e a apropriação das formas simbólicas. As categorias e as variáveis foram desenhadas do seguinte modo:

(a) Forma: fonte, seção, dia da semana, capa, tipo de texto, tamanho da forma simbólica, nível abordado e âmbito, e (b) Conteúdo: imagem, tipo de imagem, atores principais e secundários, temas, tipo de drogas, conseqüências, adjetivação, causas, soluções, faixa geracional, sexo dos usuários.

Atualmente a pesquisa está na fase de análise qualitativa a partir do olhar da psicologia social crítica.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram levantados 109 documentos entre reportagens, artigos, entrevistas e divulgação de eventos, sendo 76 do jornal A e 33 do jornal B. A análise preliminar nos permite obter alguns dados. Quanto à forma, a maioria foi reportagem (79,8%), com abordagem factual (53,2%), tratando do âmbito local (45,9%), sem seção especificada (54%), sendo porém, que a seção policial foi bastante frequente (22,9%). O dia da semana que teve mais matérias foi a terça-feira (22,9%) e o que menos teve foi o sábado (4,6%). Quanto ao conteúdo, aparecem imagens no corpo do texto em 45,9% das matérias, principalmente de crack/pedras e de usuários; os atores mais frequentes são pacientes/usuários e polícia/brigada militar; o tema central foi repressão/combate (em 23,9%) e relações com a violência (19,3%); em 67% das matérias o crack é a única droga citada; os documentos que tratam das conseqüências abordaram a delinquência/criminalidade como a principal (19,3%); 78% das matérias não apresentam um debate sobre as causas da “epidemia do crack”; 43,1% das matérias não propõem solução para o problema apresentado, mas quando sugerida, mais prevenção foi a solução mais citada; em 37,6% das matérias não houve especificação alguma de faixa geracional, porém a faixa mais abordada foi a jovem (26,6%); e o sexo feminino é o foco em apenas 5,5% das matérias, sendo que em 40,4% das reportagens não é possível identificar um sexo, ou ambos os sexos.

CONCLUSÕES

O levantamento inicial já indica elementos importantes nos discursos midiáticos, como:

- (a) ênfase na repressão e no combate ao crack;
- (b) associação marcante do crack com a violência; e
- (c) opacidade das mulheres e dos idosos.

Esses elementos devem servir como ponto de partida para uma análise discursiva qualitativa das formas simbólicas que se referem ao crack nas mídias escritas em foco.

O levantamento dos dados está completo, entretanto a pesquisa ainda terá prosseguimento com a análise estatística de todos os dados e posterior análise qualitativa.

REFERÊNCIAS



BAUDRILLARD, Jean. **Para uma Crítica da Economia Política do Signo**. Rio de Janeiro, Editora Elfos, 1995.

BAUMAN, Zygmunt. **Vidas desperdiçadas**. Rio de Janeiro, 2005.

CARLINI, E.A.; GALDURÓZ, J.C.F.; NOTO, A.R.; NAPPO, S.A.; LIMA, E.L.; ADIALA, J.C. Revisão: Perfil de uso de cocaína no Brasil. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, 44: 287-303, 1995.

MANCE, Euclides . **O capitalismo atual e a produção de subjetividades**. IFL, 1998. Disponível em <http://www.serchris_e_diana_livros1.kit.net/caps.doc>. Acesso em: 12 de out. 2010.

THOMPSON, John B. **Ideologia e Cultura Moderna** – teoria social crítica na era dos meios de comunicação de massa. Petrópolis: Vozes, 2007, 7ª Ed.

O ESTRESSE NAS NOVAS CONFIGURAÇÕES DO MUNDO DO TRABALHO

Aline Zuchetto; Corrêa Caroline Corrêa; Caroline Rohde

Centro Universitário Franciscano - UNIFRA

RESUMO

Este trabalho se justifica pela importância de investigar as consequências do estresse que o trabalhador poderá sofrer ao deparar-se com a constante necessidade de adaptação no atual mercado de trabalho. Parte-se da idéia das transformações significativas que ocorrem no mundo atual do trabalho, e também, das novas configurações que os trabalhadores submetem-se como: condições econômicas, sociopolíticas, inovação tecnológica entre outras. Com isso, o estudo teve como objetivo compreender de que forma o estresse ocasionado pelas novas exigências impostas no mundo do trabalho, influenciam no cotidiano do trabalhador, bem como, estudar as novas relações de trabalho; e a contribuição da psicologia organizacional e do trabalho nesse contexto. Foi realizada uma revisão bibliográfica, com o intuito de clarificar questões pertinentes ao estágio específico I, do Centro Universitário Franciscano, realizado em uma empresa de transportes, de uma cidade do interior do Rio Grande do Sul. Por fim, é proposta uma discussão teórica sobre as principais consequências do estresse e do adoecimento do trabalhador e sua saúde mental, visto que o mundo atualmente encontra-se no ápice da informatização, no desenvolvimento econômico, nas tecnologias de ponta, conformando a chamada era do conhecimento. Foi possível a partir de então, podemos compreender a importância do trabalho do psicólogo dentro da organização, sendo que acontece de forma para que aja uma melhora no bem-estar dos trabalhadores.

Palavras-chave: Saúde do trabalhador; Estresse; Trabalho.

INTRODUÇÃO

Nos últimos anos o mundo do trabalho vem sofrendo por transformações significativas que estão relacionadas com condições econômicas, sociopolíticas, inovação tecnológica entre outras (Peiró; Prieto, 1996).

Na sociedade industrial, o eixo central da economia baseava-se na produção de bens materiais, entretanto a produtividade estava ligada no maior número de produção de bens materiais, de objetos, no menor espaço de tempo possível. Atualmente na sociedade pós-industrial o eixo central da economia desloca-se para uma produção de bens imateriais, ou seja, de idéias. Portanto a produtividade atual consiste em obter o maior número de idéias no menor espaço de tempo (De Masi, 2001).

Com isso, a sociedade pós-industrial vem demandando constantes adaptações sociais que surgem nessa nova configuração do mundo do trabalho. Adaptações que vem exigindo cada vez mais esforços das pessoas, sendo capaz de prejudicar sua racionalidade e interferir diretamente em sua saúde, gerando problemas físicos e psicológicos em trabalhadores que tem dificuldade de enfrentar essas pressões no trabalho (Zanelli, 2010).

Segundo o mesmo autor, os trabalhadores, em qualquer situação vem sendo pressionados continuamente a aprender rapidamente procedimentos de novas tecnologias, bem como, se atualizar permanentemente, estando sob constantes ameaça de desemprego e sofrimento psíquico no trabalho. A aceleração contínua de novas exigências vem levando a paradoxos como, o aumento de individualismo, e também contrariando o comprometimento da carreira em vez do comprometimento com a organização, sendo assim, neste cenário delineiam-se possíveis conflitos interpessoais e desencadeiam padrões de personalidade bastante competitivos de uma nova sociedade.

Nessa necessidade de adaptação ou ajustamento frente a essas pressões impostas pelo ambiente de trabalho surge o estresse. O estresse é um fenômeno complexo que resulta não somente das condições existentes no ambiente de trabalho, mas também, da forma como cada indivíduo irá enfrentar essas condições (Zanelli, 2010).

Conforme o entendimento de Dejours (1992), o estresse esta ligado ao ritmo de trabalho do indivíduo, ao ritmo de produção e a velocidade, ou seja, a aceleração demasiada das exigências. Esta ansiedade estressora da qual o autor refere-se, participa também do esgotamento progressivo e ao desgaste do trabalhador.

Contudo, o nível de estresse que vivenciam os indivíduos no ambiente de trabalho é o resultado da interação entre vários fatores, como o tipo de trabalho que realizam a presença de estressores no trabalho, o grau e apoio que recebem no trabalho e em casa e os mecanismos que utilizam para lidar com ele (Rossi, Quick e Perrewé 2009 apud Zanelli, 2010).

O estresse para Glina e Rocha (2000), não é considerado como uma doença, mas sim como uma tentativa de adaptação do organismo que lança mão de suas energias para lutar ou fugir. O estresse passará a ser patológico, a partir do momento em que, esgotados os recursos internos, o indivíduo entra em sofrimento psíquico e é acometido por doenças derivadas desse esgotamento. A ocorrência do estresse patológico irá resultar das mais variadas situações enfrentadas no dia-dia, como por exemplo, o transito das grandes cidades até um ambiente de trabalho em uma fábrica.

Frente a essas diversas fontes estressoras, evidencia-se a importância do psicólogo organizacional, onde os mesmos executam diferentes tipos de trabalhos em diferentes variáveis de ambientes, nesse caso ressaltamos o ambiente das atividades práticas, onde é necessário envolver o uso de princípios psicológicos para resolver problemas do mundo real, como por exemplo, o estresse excessivo no trabalho. Percebe-se então a importância do psicólogo dentro da organização, pois o mesmo preocupa-se em compreender o comportamento individual e aumentar o bem-estar dos funcionários em seu ambiente de trabalho (Spector, 2004).

Sendo assim, o bem estar no ambiente de trabalho só será possível se as interações humanas estiverem sustentadas por princípios de convivência com respeito mútuo, compromisso e contribuição para a saúde, qualidade de vida da coletividade organizacional (Zanelli, 2010).

Nessa perspectiva, esse estudo teve como objetivo compreender de que forma o estresse ocasionado pelas novas exigências impostas no mundo do trabalho, influenciam no cotidiano do trabalhador, bem como, compreender as novas relações de trabalho; e a contribuição da psicologia organizacional e do trabalho nesse contexto.

MÉTODOS

O presente estudo teve como objetivo, compreender de que forma o estresse ocasionado pelas novas exigências impostas no mundo do trabalho, influenciam no cotidiano do trabalhador, bem como, estudar as novas relações de trabalho; e a contribuição da psicologia organizacional e do trabalho nesse contexto. Para a realização deste trabalho, foi realizada uma reflexão teórica a partir de um levantamento bibliográfico de livros e artigos que abordem sobre as áreas da saúde do trabalhador, estresse, e da psicologia organizacional e do trabalho. Também, a pesquisa bibliográfica auxiliou desenvolver um estudo dos diferentes discursos em relação ao trabalho na contemporaneidade, das novas configurações exigidas e o desencadeamento de tensões, como o estresse.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Frente a este contexto, a busca da produtividade a qualquer custo esbarrou nos limites do próprio ser humano e resultou no aumento do seu sofrimento. Esse foi o terreno que propiciou o surgimento da teoria do estresse, que nasce no contexto da explosão da produção e do consumo. Após essa conquista de avanços tecnológicos significativos, chegam como desafios à falta de motivação, o desamparo, a desesperança, a passividade e o estresse.

Ainda, a demanda de constantes atualizações no cotidiano de trabalho, além de geradora do estresse é entendida como um problema negativo, resultado da incapacidade de lidar com as fontes de pressão no trabalho, provocando conseqüências sob a forma de problemas na saúde física e mental e na satisfação no trabalho, comprometendo os indivíduos e as organizações.

Sabemos que na sociedade Industrial, o eixo central da economia consistia na produção de bens materiais: objetos como geladeiras, automóveis e assim por diante. Portanto produtividade consistia em produzir o maior número de objetos no menor tempo de espaço possível. Hoje na sociedade pós-industrial, o objetivo da economia deslocou-se para a produção de bens imateriais, isto é, de idéias. Portanto, a produtividade agora consiste em obter a máxima quantidade de idéias no menor tempo possível, mas essa economia de tempo esta atrapalhando a qualidade de vida do trabalhador.

Com essa realidade, podemos perceber a importância da atuação do psicólogo dentro das organizações, de forma que o mesmo trabalha para promover e assegurar um ambiente saudável e produtivo, aliando os objetivos pessoais e organizacionais.

Atualmente o psicólogo deve constituir uma relação de reciprocidade entre gestores e colaboradores, participar do planejamento estratégico da empresa visando o alcance dos objetivos, do desenvolvimento de pessoal e melhores condições de trabalho.

Nesse sentido, nesse estudo se objetivou esclarecer que as transformações na sociedade exigem uma constante atualização do trabalhador, e conseqüentemente o resultado dessas pressões é o estresse. Porém, a atualização e o desenvolvimento desses colaboradores devem ser pensados também por parte das empresas, no sentido de que exista uma relação de reciprocidade, onde o respeito e o crescimento compartilhado sejam levados a sério pelas organizações, podendo assim evitar o adoecimento do trabalhador.

Sendo assim, o profissional de psicologia percorre ainda uma longa caminhada no seu fazer nas organizações, ele somente terá atingido seus objetivos dentro da empresa quando conseguir evidenciar que pode colaborar na construção de uma empresa produtiva e também mais humana.

CONCLUSÕES

Concluimos através desses estudos, que o estresse no cotidiano do trabalhador é derivado de uma longa pressão para a atualização do trabalhador frente às novas tecnologias e o excesso de demanda de trabalho. Essas influências acarretam uma ameaça ardilosa, que trás como reflexo um inimigo muito perigoso, o cansaço e principalmente o estresse. Assim, na medida em que esse trabalho pode provocar doenças sérias como o estresse, entende-se que, a ansiedade excessiva desse trabalhador fará com que ele sintam-se mais debilitado e com isso desenvolvera problemas na saúde, nas relações familiares e com ele mesmo, devido seu cotidiano frenético. O estudo mostrou ainda que se faz necessário refletirmos sobre o papel do psicólogo organizacional e do trabalho na organização em relação a intervenção da saúde do trabalhador e sua qualidade de vida no trabalho, pois o mesmo trabalha dentro da organização de forma a promover o bem-estar dos trabalhadores. Percebemos que através de uma proposta inovada de saúde onde são englobados aspectos psicológicos, sociais, biológicos e ecológicos, a psicologia organizacional e do trabalho cabe, nesse contexto, cada vez mais a promoção e prevenção da saúde dos trabalhadores de forma que observe as necessidades dos trabalhadores e da organização.

REFERÊNCIAS

- DEJOURS. C. 1949 - **A loucura do trabalho**: estudo de psicopatologia do trabalho, tradução de Ana Isabel Paraguay e Lucia Leal Ferreira. 5º ed. Ampliada – são Paulo: Cortez – oboré, 1992.
- DE MASI, D. 1938 - **A economia do ócio**/ Beltrand Russel, Paul Lafargue; Domenico de Masi, organização e introdução; tradução Carlos Irineu W. da Costa, Pedro Jorgensen junior e Léa Manzi - Rio de Janeiro: sextante, 2001
- GLINA, D.M.R; ROCHA, L.E. **Prevenção para a Saúde Mental no Trabalho**. In: Saúde mental e trabalho: Desafios e Soluções: Editora U.K, 2000.
- PEIRÓ, J. M.; PRIETO, F.(Ed.). **Tratado de psicologia del trabajo**. Madrid: Editorial Síntesis, 1996.
- SPECTOR, PAUL E. *Psicologia nas organizações* / Paul E. Spector; tradutor Solange AparecidanVisconte; revisor técnico Maria José Tonelli. – São Paulo: Saraiva, 2004.
- ZANELLI J. C. (coord.) **Estresse nas organizações de trabalho**: compreensão e intervenção em evidências. Porto Alegre, RS: Artmed, 2010.

UMA EXPERIÊNCIA DE (DES)CONFIGURAÇÃO EM CLÍNICA SOCIAL³

Marília do Nascimento Engleitner

Universidade Federal de Santa Maria – UFSM

“Falta-nos reflexão, pensar, precisamos do trabalho do pensar, e parece que, sem idéias, não vamos para parte alguma”. José Saramago

RESUMO

Realizamos uma experiência de aproximação com a clínica em extensão, orientada a partir do saber e método proposto pela psicanálise e ciências afins. Objetivamos (des)construir saberes instituídos pautados na clínica do olhar. Buscamos através das dicotomias encontradas na prática extensiva, reconstruir nossa posição diante do próprio saber, sempre parcial. Bem como, diante do inesperado, das práticas ocultas, do não saber que se mostra na experiência clínica através de discursos, onde também não temos respostas prontas. Sendo assim, a experiência de testemunho com outro, pode ser possível nos diversos âmbitos onde ocorre a prática clínica, se nos propomos ao trabalho reflexivo e responsável diante do sofrimento humano. Nos resultados, resgatamos o conceito de representação da pulsão, onde o homem é guiado pelas formações do inconsciente e pela compulsão a repetição. Também compreendemos que a sociedade hipermoderna, modela as formas humanas através de discursos, no sentido de “se adaptar a vida como ela é”. A sociedade através de seus representantes produz discursos, assim ao focarmos alguns “fragmentos discursivos” dos entes envolvidos na pesquisa, pretendemos elucidar e indicar formas possíveis de relançar tais discursos, no sentido de produzir resistências ao mal-estar, do sintoma compartilhado na experiência do encontro, que fala e que por falar poderá libertar, por ser organizador.

Palavras chaves: Clínica em extensão; Representação; Psicanálise.

INTRODUÇÃO

Vivemos um tempo marcado pela burocratização das formas, pela busca de ideais decodificados pela cultura, um imaginário figurado conforme o poder instituído, das idéias antecipadas e já estabelecidas no a priori. Os sonhos, histórias e identidades talvez sucumbam no infortúnio ofertado pela cultura do espetáculo, tanto os mais favorecidos como os menos favorecidos economicamente, pois atinge as questões relativas ao humano e aquilo que se modifica e constrói. O filósofo Gilles Lipovetsky (2005) indica que vivemos na “hipermodernidade”, que é uma modernidade ilimitada extensa a alguns dos domínios da experiência humana como na tecnologia, na individualidade e na economia, isso acaba afetando a todos nós. Na pós-modernidade o sentido é não ter sentido.

³ Trabalho extensão configurado através da experiência na clínica social, durante o primeiro semestre de 2010.

Sendo assim, sabemos que a cultura, produz e sofre influencia das subjetividades e representações sociais, exercendo seu poder e hegemonia política, dessa forma temos como objetivo nesse escrito pensar os efeitos da desconstrução das formas hegemônicas sobre o individual/coletivo, a partir da teoria psicanalítica dirigida a clínica em extensão. Da mesma forma, pretendemos encontrar na experiência de encontro com o outro, no âmbito social ou privado, efeitos de linguagem, que proporcionem arquiteturas para novas formas de laços sociais, tais aspectos são demonstrados nos fragmentos clínicos da nossa tentativa de aproximação.

MÉTODO

Realizamos o trabalho teórico partir do método indutivo e clínico psicanalítico. Efetuamos a análise dos dados através da pesquisa qualitativa tendo na transferência de trabalho os indicativos para o trabalho ético e como instrumento de ação o diário de anotações, resenhas, leituras e fichamentos. Os métodos qualitativos, na área das ciências humanas, devem ser chamados de compreensivo-interpretativos, seu objeto são as significações ou os sentidos dos comportamentos, das praticas e das instituições realizadas ou produzidas pelos seres humanos (TURATO, 2010).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na cultura contemporânea as determinações sociais da subjetividade são de certo modo, diferente das anteriores, por alguma característica decisiva, como por exemplo, a era da informatização, da tecnologia, do predomínio das relações horizontalizadas, que não se referem mais a um poder superior. De outro modo, dentro das próprias sociedades ocidentais a subjetividade como estrutura e como experiência de si relaciona-se com o lugar social que ocupa o indivíduo, implica de que lado da luta de classe ele está, dos que produzem a mais-valia ou dos que participam de sua apropriação.

As sociedades mais antigas eram hierarquizadas, com a queda da tradição, alguns aspectos mudaram, pois o indivíduo necessita deparar-se com seu próprio espelho, o cuidado que se deve ter é com aqueles valores, que deveriam ser preservados, incluindo aí a diversidade, e que algumas vezes diante da demanda, do outro ideal, são jogados fora, como dizem alguns psicanalistas: “a criança jogada fora com a água do banho”.

A subjetividade é instituída socialmente, como a língua, as regras de parentesco, os valores ou os métodos de trabalho, são uma criação da sociedade. Toda sociedade para sobreviver necessita produzir modos de aculturação eficazes, a fim de que a transmissão entre as gerações se efetive, sendo que a psicanálise pode ajudar a compreender de que forma um indivíduo, que nasce num grupo humano, incorpora, introjeta e absorve o próprio daquele grupo de forma a se constituir como elemento dele. Mezan (2002).

Cabe lembrar alguns autores como Larrosa (1994) usam expressões como: “o que todo mundo se vê nem sempre se viu assim”, “nosso olhar está construído por trás desses aparatos que nos fazem ver e ser de determinada maneira. Tais expressões parecem importantes porque pautam, de alguma forma, os efeitos positivos, negativos ou amorfos de nosso trabalho no âmbito coletivo ou privado. Sendo assim, nos perguntamos: Que formas de saber ou de representações sociais estão sendo veiculadas em nossa prática clínica?

Nesse sentido, Oliveira (2002) esclarece que os principais processos implicados na representação da pulsão são: a simbolização da pulsão, a socialização da pulsão, a constituição do objeto da pulsão e proposição de um posicionamento sexuado pelo sujeito.

Trata-se de processos cuja operação possibilita a representação da moção pulsional e, através desta, a organização da vida psíquica do sujeito. Portanto, vemos nisso indicativos importantes para refletir de que forma estamos operando a subjetividade no trabalho com a saúde.

Tais considerações remetem-nos ao estágio em Psicologia Social Comunitária, que realizamos na Secretaria Municipal de Saúde, numa determinada cidade, sendo que num dos encontros, uma participante que chamaremos de Zilá, depois de terminado a atividade grupal, procurou-nos para falar que havia cometido um aborto, conta que procurou uma vizinha que lhe ofertou um chá, disse que não queria mais filhos, pois já tinha 5, e que ficava pensando, o quanto um dia, havia sido feliz, quando morava no Rio de Janeiro e trabalhava para um grande industriário cuidando de sua mãe. Zilá contava que: “havia andado, até de iate, pelos mares do Brasil”. Em seguida falou: - Depois me apaixonei e acabei vindo morar no interior... O que o amor não faz né doutora... Agora estou nessa situação...

De outro modo, podemos lembrar que durante um trabalho clínico num outro território, no consultório particular, escutava Camila, a mesma narrava que estava pensando em se separar, pois ao seu olhar, o marido era “vigarista, miserável e sento pena dele” e de outro modo, “nunca me sinto em casa” e num determinado momento, quando estávamos bordejando a sua implicação, pelo seu “penar”, ela fala o quanto sente raiva de si mesma... A paciente procurou atendimento porque se sentia deprimida, não tinha ânimo para trabalhar, não sentia mais ‘vontade’ de viver.

A partir desses dois fragmentos discursivos questionamos: O que leva alguém se conformar a vida como ela é? Que representações de homem e de mundo invadem a mente dos sujeitos que os fazem se adaptar a vida e não tentarem investimentos criativos no sentido de saírem da apatia e servidão voluntária ao outro. Urge desenvolvermos processos de pensar e refletir que leve em conta o sujeito da linguagem e as representações do seu contexto cultural e pessoal responsabilizando os indivíduos para que mudanças coletivas possam ser viabilizadas.

Conforme Freud escreve no seu texto Além do princípio do prazer (2010):

Em vista dessas observações, extraídas da conduta na transferência e do destino das pessoas, sentimo-nos encorajados a supor que na vida psíquica há realmente uma compulsão a repetição, que sobrepuja o princípio do prazer. Também nos inclinamos a ligar a essa compulsão os sonhos das vítimas de neurose traumática e o impulso que leva as crianças a brincar (p.183).

Tendo em vista o exposto, alguns discursos demonstram em momentos distintos, ‘idealizações’ no campo das representações, levando a exclusão social, falta de responsabilidade com o outro, dependência assistencial e pessoal sem a mínima liberdade de escolha. De outro modo, uma escuta outra, pode produzir mudanças sociais satisfatórias, sendo possível ao indivíduo um ethos intermediário e reposicionamento diante das contingências da vida. O psicólogo através de sua prática clínica pode configurar-se como testemunha, um elemento propiciador de novas representações e produções de significados nas redes de trabalho. As reflexões trazidas embasam-se no processo de construção do psiquismo, que está articulada com a forma pela qual nos posicionamos diante do Outro. Podemos ao olhar para aquém dessas cristalizações territoriais, potencializarmos o processo



de des/configuração das nossas impressões/ repetições e compormos novos significados, aquilo que ficou da palavra.

CONCLUSÃO

O trabalho em questão alerta a necessidade de aprimorarmos a escuta clínica e ressignificarmos o olhar nos territórios onde exercemos o nosso labor. Conforme apontam os intelectuais, no processo de constituição do humano, não há nada de natural inclusive no âmbito das representações da pulsão. Sendo assim, o indivíduo para se inserir, necessita representar a moção pulsional.

Como profissionais da saúde e identificados com as ciências humanas, percebemos em nós, em muitos momentos, desesperanças em relação ao porvir e em relação ao próprio trabalho, no âmbito das subjetividades. Sendo assim, nosso trabalho no campo da psicologia por não ser objetivo, às vezes não é reconhecido, assim é importante que esse saber seja compartilhado de diversas formas.

Desse modo, ao recuar no tempo, nos territórios transitados, nos identificamos com os fragmentos discursivos apresentados pelos entes, pelo sentido oculto, da desvalorização cultural transgeracional. Um dos contextos mostra, que valores comuns são descartados em prol da boa vida, que cabe aos que tem poder. Sendo que, no outro contexto, aparece o (des)reconhecimento da própria implicação com desejo, onde o vigarista é o outro.

Sendo assim, mesmo sabendo, por diversas razões, as limitações do trabalho apresentado, decidimos trazê-lo a luz, buscando inserir os discursos sociais através das práxis já referidas.

REFERÊNCIAS

- FREUD, Sigmund. **História de uma neurose infantil:**“O homem dos lobos): além do princípio do prazer e outros textos (1917-1920). São Paulo: Companhia das Letras, 2010.
- LARROSA, Jorge. Tenologias do eu e educação. In: Silva, Tomáz Tadeu (org). **O sujeito da educação:** estudos focaultianos. Petrópolis. Rio de Janeiro: Vozes, 1994.
- LIPOVETSKY, G. Apresentação de Gilles Lipovetsky e Introdução aos debates. In FORBS, J., JUNIOR, M.J., JUNIOR, T.S.F. (org.). **A invenção do futuro:** um debate sobre pós-modernidade e a hipermodernidade. Barueri, SP: Manole, 2005.
- MEZAN, R. **Interfaces da psicanálise.** São Paulo. Companhia das letras, 2002.
- OLIVEIRA, L. F. de. **Injúria:** a pulsão na ponta da língua. Ijuí: Ed. Unijuí, 2002.
- TURATO, E. R. **Tratado de metodologia da pesquisa clínico-qualitativa:** construção teórica-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. 2.ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.