

DIVERSIDADE

de práticas em Psicologia

EDIÇÃO COMEMORATIVA DO DIA DA(O) PSICÓLOGA(O)

VOLUME 1, NÚMERO 1
JULHO/DEZEMBRO, 2018

CT 485



CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA
11ª REGIÃO/CRP 11

Conselho Editorial

Diego Mendonça Viana (CRP11/6632)
Emilie Fonteles Boesmans (CRP11/8146)
Nágela Natasha Lopes Evangelista (CRP11/6882)
Raquel Campos Nepomuceno de Oliveira (CRP11/7525)

Equipe Técnica

Assessoria de Pesquisa e Desenvolvimento

Mayrá Lobato Pequeno (CRP11/5299)

Projeto Gráfico e Diagramação

Jéssica de Souza Carneiro

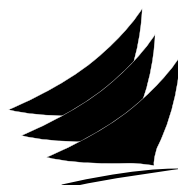
DIVERSIDADE DE PRÁTICAS EM PSICOLOGIA

Edição comemorativa ao dia da(o) Psicóloga(o)

VOLUME 1, NÚMERO 1

JULHO/DEZEMBRO, 2018

1ª Edição
Fortaleza-CE



CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA
11ª REGIÃO/CRP 11

Diversidade de Práticas em Psicologia / Conselho Regional de Psicologia da 11ª Região. - Fortaleza, CE, Brasil: CRP11, 2018 - vol.1, n1. 2018.

Semestral

Publicação Online

1. Psicologia

CDD 150

REVISTA DIVERSIDADE DE PRÁTICAS EM PSICOLOGIA

Conselho Regional de Psicologia da 11ª Região
Rua Carlos Vasconcelos, 2521 - Fortaleza - CE - Brasil
CEP 60.115-171 Fone/Fax: (85) 3246-6887 / 3246-6924
Home page CRP11: www.crp11.org.br

Plenário Responsável pela publicação

Conselho Regional de Psicologia 11ª Região
IX Plenário / Gestão 2017-2019

Diretoria

Diego Mendonça Viana (Crp11/6632) - Conselheiro Presidente
Nágela Natasha Lopes Evangelista (Crp11/6882) - Conselheira Vice
Presidente João Paulo Lopes Coelho (Crp11/5638) - Conselheiro
Tesoureiro Talita Saldanha da Silva (Crp11/7136) - Conselheira
Secretária

Conselheiros(as) Efetivos(as)

Bárbara Castelo Branco Monte
(Crp11/2411)
Diego Mendonça Viana
(Crp11/6632)
Domingos Arthur Feitosa Petrola
(Crp11/6165)
Francisco Gilmário Rebouças Júnior
(Crp11/5060)
João Paulo Lopes Coelho
(Crp11/5638)
Juliemary Peixoto Brandão
(Crp11/3624)
Leandro Estevam Sobreiro
(Crp11/3720)
Nágela Natasha Lopes Evangelista
(Crp11/6882)
Talita Saldanha da Silva
(Crp11/7136)

Conselheiros(as) Suplentes

Ana Karina de Sousa Gadelha
(Crp11/7083)
Emilie Fonteles Boesmans
(Crp11/8146)
Marcossuel Gomes Acióles
(Crp11/8701)
Marcus César de Borba Belmino
(Crp11/5136)
Mércia Capistrano Oliveira
(Crp11/1489)
Raquel Campos Nepomuceno de
Oliveira (Crp11/7525)
Stéffanne Rochelli de Lima Ribeiro
(Crp11/6810)
Tais Bleicher
(Crp11/4379)
Tássia Oliveira Ramos
(Crp11/6459)

SUMÁRIO

PESQUISA-AÇÃO NA SALA DE OPERAÇÕES DE UMA GUARDA MUNICIPAL: RECONHECIMENTO, IDENTIDADE E TRABALHO	3
JÚLIA WENDLING PATRÍCIA SPINDLER	
AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS E AS RELAÇÕES DE ESTIGMATIZAÇÃO SOBRE USUÁRIOS DE MACONHA	9
HAYSSA STEPHANIER PRADO DO NASCIMENTO	
TERRITORIALIZAÇÃO: UMA GESTÃO DO CUIDADO	15
RAFAEL AYRES DE QUEIROZ	
O PROFISSIONAL DE PSICOLOGIA E A SAÚDE COLETIVA	21
MARIANA DE BRITO LIMA LETÍCIA VANDERLEI RIBEIRO	
O PSICÓLOGO CLÍNICO "EM ANÁLISE": CONSIDERAÇÕES PSICANALÍTICAS SOBRE O LUGAR DE FALA E DE ESCUTA	28
FAGNER CASTRO RIBEIRO	
FATORES DE INFLUÊNCIA NA REALIZAÇÃO DO EXAME PSICOLÓGICO PARA AQUISIÇÃO DA CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO	34
RUTH RABELO DA SILVA RAULINO MÉRCIA CAPISTRANO OLIVEIRA	
SAÚDE MENTAL NO BRASIL, CAMINHOS E DESAFIOS: UMA VISÃO SOBRE OS EFEITOS DA REFORMA PSIQUIÁTRICA	40
RAY LEANDRO ARAÚJO VALDEMIRO GOMES DOS SANTOS NETO CARLA CAROLINA MONTEIRO NASCIMENTO	
AVALIAÇÃO DOS COMPROMETIMENTOS COGNITIVOS EM ADOLESCENTE COM EPILEPSIA FOCAL: UM ESTUDO DE CASO	45
IGOR WEYBER DA SILVA RAMOS LANA SOBRAL DE OLIVEIRA CRISTIANE MARIA GONDIM VASCONCELOS	
A PSICOLOGIA HOSPITALAR NO CONTEXTO DA PEDIATRIA: PERSPECTIVAS DE ATUAÇÃO	51
PATRICIA CYSNE AUGUSTO MAIA LUANA NASCIMENTO PINHEIRO LIANA ALBANO CAVALCANTE IGOR WEYBER DA SILVA RAMOS TERESA CRISTINA MONTEIRO DE HOLANDA	
CUIDADO INTEGRAL A MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA(S): UM RELATO DE EXPERIÊNCIA	57
ELAINE CAMÉLO CARNEIRO	

O TRABALHO DO PSICÓLOGO EM UMA CASA DE ACOLHIMENTO DE FORTALEZA-CE: O COTIDIANO NA TERCEIRA IDADE 61

SIMONE VIANA DA SILVA
DENNIS ORION PEREIRA DOS SANTOS

A ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO HOSPITALAR NO ATENDIMENTO A PACIENTES COM DOENÇAS CARDIOVASCULARES: REVISÃO DE LITERATURA 65

MYRNA SABÓIA VASCONCELOS AGUIAR
LIANA ALBANO CAVALCANTE
IGOR WEYBER DA SILVA RAMOS
TERESA CRISTINA MONTEIRO DE HOLANDA

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DO TRABALHO PARA ASSISTIDOS DO SISTEMA PENITENCIÁRIO CEARENSE 71

ANA PRISCILA BARROSO ARAÚJO
LUCIANA MARIA MAIA VIANA

O PROCESSO DE LUTO INFANTIL NAS CRIANÇAS EM PROCESSOS PSICOTERÁPICOS EM UMA CLÍNICA ESCOLA 77

ANTÔNIA DAIARA PINHEIRO DE LIMA
ANDRÉA ALEXANDRE VIDAL
ANICE HOLANDA NUNES MAIA
ANDREZA MÔNICA BATISTA DA SILVA

Pesquisa-ação na sala de operações de uma guarda municipal: reconhecimento, identidade e trabalho

Júlia Wendling¹

Patrícia Spindler²

Resumo

O artigo aqui apresentado, traz as percepções de uma estagiária de Psicologia que está inserida em uma Guarda Municipal de um município do Vale do Rio dos Sinos, no Rio Grande do Sul. Serão abordadas questões desenvolvidas em intervenções realizadas junto ao grupo de servidores da Sala de Operações desta Guarda Municipal, como reconhecimento, contexto de trabalho, sofrimento psíquico, entre outros. De forma que, objetiva a reflexão sobre as relações de trabalho e a produção de sentido desta, propiciando momentos de escuta junto aos guardas municipais. Para isso, será utilizado como metodologia a escuta, que contribui para o processo de elaboração das situações de trabalho vivenciadas cotidianamente. Dessa forma, percebe-se como resultado, a abertura dentro do setor para trazer questões acerca do aprimoramento do diálogo, tanto entre os colegas quanto com os cidadãos da comunidade do município, o que trouxe grandes benefícios para o ambiente de trabalho.

Palavras-chave: Saúde mental. Segurança pública. Guarda Municipal.

Introdução

O presente artigo, fundamenta-se principalmente na importância dos cuidados com a saúde mental de trabalhadores da área da segurança pública, visando entender a conexão entre prazer, sofrimento psíquico e reconhecimento. Este tema pressupõe que o trabalho ocupa lugar central na vida de um sujeito e nessa relação entre o individual com o social, o reconhecimento pelo outro adquire uma alta relevância na dinâmica entre identidade e prazer. Assim, o reconhecimento, como foi citado por Dejours (1999), é algo que o sujeito busca em relação ao seu fazer e não ao seu ser.

Junto aos servidores de uma Guarda Municipal³ escuta-se um discurso de como as atividades desses profissionais não é reconhecida, pensando no fato de que o trabalho que desenvolvem não é concreto, visto que, o trabalho diário não aparece, já que os guardas municipais (GMs) não trabalham com um material concreto como um produto, já que o

¹ Júlia Wendling, acadêmica de Psicologia na Faculdade IENH – Novo Hamburgo, Rio Grande do Sul. Estagiária na Guarda Municipal de Novo Hamburgo junto a Seção de Acompanhamento Psicológico.

² Patrícia Spindler, psicóloga da Guarda Municipal de Novo Hamburgo, professora da graduação de Psicologia da Faculdade IENH. Mestre em Psicologia Social e Institucional/UFRGS - CRP 07/09094.

³ Guarda Municipal é um dos órgãos públicos de segurança que são prescritos na Constituição Federal do Brasil. Suas principais funções são: Proteger o patrimônio, bens, serviços e instalações públicas municipais; Orientação, educação, fiscalização e controle de trânsito em geral; Apoiar a administração no exercício de polícia administrativa para: proteger o meio ambiente local, zelar pela segurança dos servidores municipais quando no exercício de suas funções, fazer cessar as atividades que violem as normas de saúde, defesa civil, sossego público, segurança e outras de interesse da coletividade (carreatas, festas da comunidade procissões religiosas e eventos do município);

trabalho das Guardas Municipais tem sua base na prevenção, o que acaba dificultando o reconhecimento do próprio trabalho. Dejours (1992, 1999, 2004) afirma que o trabalho não pode ser pensado separado do âmbito social, pois é constituidor da identidade do sujeito. Logo, pensar o trabalho dos guardas municipais (GMs) em um contexto social cada vez mais violento, onde a criminalidade acaba naturalizando-se, é um assunto muito relevante para o momento.

Pensando nisso, lembrando da história das Guardas Municipais, percebe-se que em sua maioria foram criadas de acordo com a vontade política dos gestores dos locais. Sendo assim, cada município criava normas e orientações para seus guardas conforme demanda própria e interesses políticos. Como consequência dessas influências, se identificam diversas instituições da Guarda Municipal aqui em questão, sem metas claras, poucos POPs (Procedimento Operacional Padrão), uma precária padronização dos atendimentos à comunidade, plano de carreira desestruturado ou inexistente e, um regimento um tanto omitido no processo de trabalho.

Os trabalhadores da Sala de Operações (S.O.) da Guarda Municipal objeto deste estudo, por exemplo, percebem os resultados da falta de padrão dos serviços. Se constata que o trabalho dentro desse setor se desenvolve através de práticas variadas, ou seja, cada servidor ou equipe executam as tarefas à sua própria maneira. Esses processos de trabalho pouco estruturados, promovem vivências divergentes e confusas para este servidor, como satisfação e sofrimento. Dessa maneira, a autonomia destes empregados é limitada, como em tantas outras instituições, dificultando uma apropriação do trabalho e confundindo a relação entre trabalho prescrito e trabalho real (Dejours, 1997)

Metodologia

O método utilizado para desenvolver essa pesquisa-ação foi a Psicodinâmica do Trabalho, através do seu autor Christophe Dejours (1983) que está sob o guarda-chuva teórico da Clínica do Trabalho. Clínica porque todo o trabalho se desenvolve em campo, já que a intervenção se dá em situações concretas do trabalho. Essa metodologia não visa a cura de algo, mas sim a compreensão das relações nas instituições e, com suas bases psicanalíticas se prioriza a escuta e não somente a observação. Essa escuta acontece dentro do coletivo dos servidores, através da reflexão dos modos de trabalho, que evidencia nova elaboração das formas de relação no/com o ambiente.

A luz das teorias de Barembliitt (1999), a Análise Institucional também foi utilizada como método para o entendimento do contexto institucional, já que para o autor é essencial a inserção do pesquisador no local. A compreensão das circunstâncias do labor, é fundamental

para analisar os possíveis reflexos históricos-culturais-políticos que exercem influência, ou não, na dinâmica das equipes. Assim, consideram-se as teorias da Análise Institucional, principalmente o “Roteiro para uma intervenção Institucional Padrão” (Baremblytt, 1999), como base para o planejamento e organização das intervenções, já que, busca o entendimento aprofundado acerca das características da instituição em geral.

Com a escuta e a fala há muitas descobertas sobre a organização, sobre a êxito das estratégias. Se analisa a fala e tem-se a escuta do sofrimento. A análise é anterior a ação, o que permite trazer de volta a capacidade de pensar sobre o trabalho dentro do próprio ambiente que se está inserido. Esse processo ajuda no desenvolvimento de estratégias individuais e coletivas, que buscam saúde e menos sofrimento.

Sendo assim, a palavra é o único meio de acessar os servidores, chegando à inteligibilidade. Porém, não se pode ter a palavra como total tradução da realidade subjetiva, já que não estão conscientes os fatos que o pesquisador pretende descobrir. Como afirma Dejours (2004), a palavra é meio de perlaboração, meio de pensar na realidade vivida. A interpretação seria manifestar o sofrimento e a dimensão subjetiva da exploração pensando na organização do trabalho.

Na Guarda Municipal, são duas equipes que trabalham em escala na parte da manhã e tarde. Ao todo, foram feitos quatro encontros com cada uma dessas duas equipes. Esses encontros, duravam cerca de uma hora, com o ritmo que era possível, devido à grande demanda exigida dos funcionários da Sala de Operações, lembrando que as intervenções ocorriam dentro do local de trabalho enquanto os servidores exerciam seu ofício⁴. As atividades ocorriam em local e horário de suas funções, com aproximadamente três pessoas por encontro, normalmente dois guardas municipais e a telefonista, que também tem função importante dentro da equipe.

Pensando nos aspectos éticos dessa intervenção dentro do setor da Sala de Operações, houve um contrato verbal realizado com o grupo no início das atividades, assim, todos foram informados sobre a pretensão de escrita que envolveria o trabalho realizado junto a eles e em sua totalidade concordaram em participar. Sendo assim, os GMs, já sabendo do objetivo das intervenções, pensando no fato de que já haviam sido realizadas anteriormente e, em decorrência disso, houve a solicitação do retorno das atividades da Seção de Acompanhamento Psicológico pelo próprio grupo, falaram livremente sobre o trabalho diário e a forma que se organizam para realizá-lo. As discussões eram sempre instigadas por uma das

⁴A Seção de Acompanhamento Psicológico flexibilizou a sua forma de realizar as intervenções para viabilizar o trabalho dos guardas do setor da Sala de Operações, dessa forma, as atividades foram realizadas dentro do próprio ambiente onde eles poderiam continuar com suas funções e também podendo ser acompanhado efetivamente o trabalho, percebendo a realidade dos servidores.

psicólogas/estagiárias para que se sentissem provocados e se envolvessem nos temas que eles próprios traziam.

Resultados e Discussão

Os assuntos tratados ao longo dos momentos de intervenção, foram organizados a partir da demanda inicial e do processo grupal. Também, em alguns encontros, foram utilizados textos ou dinâmicas para iniciar o diálogo. A organização foi feita sem divisão alguma, para que pudesse se desenvolver o assunto de necessidade do grupo. Os tópicos que se desenvolveram foram, principalmente: o reconhecimento, as relações entre colegas e cidadãos, leis, responsabilidades, entre outros.

Esses servidores, trazem um discurso que afirmam que suas atividades não são concretas, visíveis, como um prédio ou um produto, por exemplo. Os GMs não trabalham com um material e resultados palpáveis, o que acaba dificultando o reconhecimento do próprio trabalho. Então, quando falam que não são reconhecidos e continuam sendo cobrados, há um descontentamento que, juntamente, com a falta de valorização do trabalho, sentem que não há necessidade de se esforçarem no sentido de fazer melhor.

Pensando nisso, acredito que todos esses temas abordados pelos guarda, têm um sentido muito mais tangível quando se está observando no cotidiano de trabalho daqueles que falam. A importância em saber sobre as vivências de trabalho justifica-se por ser um dos eixos fundamentais da teoria dejouriana (Dejours, 1986, 1992, 1999). Conhecer a organização do trabalho, é o primeiro passo para pensar sobre os sentimentos dos indivíduos em relação ao desenvolvimento das suas atividades. A utilização desse método de pesquisa, é justificada perante as peculiaridades desse grupo de servidores, marcados pela despadrãoização das atividades e influenciados diretamente pelo significado do trabalho. Esses elementos, além de fazerem parte do local onde estão inseridos os GMs, também fazem parte da identidade desses sujeitos.

Com a presença da equipe da Seção de Acompanhamento Psicológico dentro da Sala de Operações, vem com a possibilidade de leitura e atuação não somente do espaço físico, mas também, a de um espaço social, das relações que ali acontecem, da simbologia que os processos de trabalho recebem e oferecem uma visão da influência que isso gera em cada sujeito.

A identidade é fundamental para a saúde mental, como Dejours (2004) afirma. O trabalho é uma das vias de construção desta e os guardas inseridos na S.O. solidificaram uma identidade enquanto grupo, conquistando um lugar de suma importância dentro da Guarda Municipal e na segurança pública do município em questão. Com as intervenções, houve uma abertura dentro do setor, para trazer questões não somente quando a equipe de psicologia esteve presente. O diálogo foi aprimorado, tanto entre os colegas quanto com os cidadãos, o

que gerou mudanças trazendo benefícios para o ambiente de trabalho e na postura do servidor perante a sociedade, impactando na forma com a qual atendimento é oferecido pela GM.

Considerações Finais

O interesse em realizar as intervenções com a Sala de Operações foi sendo construído junto com a aproximação com o grupo de servidores ali inseridos. As inquietações foram surgindo do próprio grupo que acabou por solicitar novamente a presença da psicologia dentro do setor. Tudo o que foi sendo discutido junto aos GMs era visto e sentido com eles, facilitando o vínculo entre a equipe da Seção de Acompanhamento Psicológico e os trabalhadores da S.O.

Então, por meio dessa produção pretende-se propor uma reflexão e uma ampliação de olhares acerca das vivências de trabalho dos indivíduos mencionados ao longo desse estudo. Assim, tem-se a sugestão da utilização de ferramentas que estimulem os processos de transformação, construção e reconstrução do dia a dia e das relações dentro e fora da instituição e suas normas cristalizadas. Tais normas trazem fragmentação, segregação e, em muitos casos, a fragilização do trabalho do servidor da segurança pública, e por consequência, no seu processo de subjetivação e construção de identidade.

Dessa maneira, como desenvolvido no presente artigo, os caminhos que se constroem dentro da equipe da Sala de Operações são compostos de dinâmicas variadas. Como Spindler e Lottermann (2016) afirmam “essas dinâmicas transitam entre vivências de satisfação, outras de sofrimento, bem como a mobilização destes trabalhadores em prol das mudanças que os mesmos percebem necessárias” (SPINDLER, LOTTERMANN, 2016). Logo, deve ser ressaltado que trabalhos assim devem se fortalecer e continuar para que a organização se aproprie mais do seu ofício, conhecendo e criando novos sentidos no trabalho e nas formas de ser trabalhador.

Referências Bibliográficas

BAREMBLITT, G. **Compêndio de análise institucional e outras correntes: teoria e prática**. 3. ed. Rio de Janeiro, RJ: Rosa dos Tempos (1998).

CASTRO, T. DA C. M.; MERLO, Á. R. C. **Reconhecimento e saúde mental na atividade de segurança pública**. *Psico*, v. 42, n. 4, p. 474–480, 2011.

DEFESA CIVIL. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/defesa-eseguranca/2014/04/camara-aprova-regulamentacao-da-lei-sobre-profissao-deguardas-municipais..> Acesso em 13 de maio de 2018.

DEJOURS, C. **Por um novo conceito de saúde**. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, São Paulo, v. 14, n. 54, p. 7-11, abr./jun. 1986.

DEJOURS, C. (1992). **A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho**. São Paulo: Cortez-Oboré.

DEJOURS, C. (1999). **Conferências brasileiras: identidade, reconhecimento e transgressão no trabalho**. São Paulo: Fundap: EAESP/FGV.

DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E. **Itinerário teórico em Psico-patologia do Trabalho**. São Paulo: Atlas. (2007).

LOTTERMANN, Fernanda; SPINDLER, Patrícia. **A Cartografia Como Delineamento em uma Pesquisa-Ação na Sala de Operações de uma Guarda Municipal**. Rio Grande do Sul. Publicação nos anais do 17º Congresso de Stress da ISMA-BR e 9º Encontro Nacional de Qualidade de Vida na Segurança Pública. Porto Alegre, 2017. Disponível em: <<http://www.ismabrasil.com.br/?obj=site&con=anais&id=congresso-2017&e=&f=2&q=>>. Acesso em: 26 de agosto de 2018.

MENDES, J.; WUNSCH, D. S. Elementos para uma nova cultura em segurança e saúde no trabalho. In: **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, 32, p. 153-163, 2007.

As Representações Sociais e as Relações de Estigmatização sobre Usuários de Maconha

Hayssa Stephanier Prado do Nascimento⁵

Resumo

O presente estudo vem com a intenção de transcorrer sobre as relações de estigmatização que existem no meio social como um todo, mas principalmente na realidade da cidade Sobral/CE, acerca do uso da maconha e dos próprios usuários da substância. Nesse sentido, adotou-se conceitos como Estigma e Representações Sociais e, com isso, procurou-se promover reflexões sobre como a maconha é concebida enquanto droga e em seu histórico no Brasil, bem como seu usuário em todo esse contexto atual, utilizando a visão do mesmo e fundamentalmente de sujeitos que não fazem uso da substância.

Palavras-chave: Estigma, Representações Sociais, Maconha

Introdução

O presente artigo se desenvolve com foco nas percepções acerca do uso recreativo da maconha e de seu usuário. Nesse sentido, esforçou-se em verificar se e como as representações sociais, que são coletivas, constroem uma determinada forma de categorização que poderia levar a uma estigmatização em torno dessa questão e desses sujeitos usuários, procurando observar, assim, de que modo isso tende a afetar ou não suas vidas. O que se pode observar é que enquanto os usuários, - “maconheiros” como são rotulados por esse “*Outro*” - têm o uso da substância e a própria substância em questão como algo normal no cotidiano, em contrapartida, os que não usam e/ou não conhecem rotulam o uso e atribuem ao usuário caracterizações que os desfavorecem socialmente.

Neste sentido, acredita-se que as diferentes percepções, consideradas em geral destoantes entre si, podem trazer entraves no modo como são tratados esses sujeitos que utilizam a substância, bem como a construção de representações sociais desfavoráveis e prejudiciais no contexto social, uma vez que, para Durkheim (*apud* MINAYO 2008, p. 220), “algumas representações sociais, mais que outras, exercem, sobre uma sociedade específica, uma peculiar coerção para que seus membros atuem em determinado sentido”, com isso abrindo possibilidades de que se gere uma discriminação com proporções mais amplas, como, por exemplo, produzindo um estigma. Vale destacar que tal “estigma existe quando elementos de rotulação, estereotipação, separação, perda de status e discriminação ocorrem simultaneamente em uma situação de poder que permite tais componentes acontecerem” (LINK & PHELAN *apud* SIQUEIRA & CARDOSO, 2011, p. 97).

⁵ Possui graduação em Psicologia pela Universidade Federal do Ceará Campus Sobral.

Isso caracteriza um quadro em que, uma vez que “em termos globais de consumo, sabe-se que a maconha é a droga mais utilizada dentre os usuários de substâncias ilícitas” (OMS *apud* SOUSA, 2006; UNODC, 2011, p.19) e que essa é a substância ilícita mais consumida no mundo atual, torna-se fundamental compreender como se produzem os possíveis estereótipos que dizem do conceito de representações sociais e também torna-se relevante tentar perceber como a possível discriminação exercida pelo motivo de seu uso é embasada, de acordo com as percepções e relações sociais que perpassam a história social da maconha e se referem aos dias atuais, bem como os efeitos desta (discriminação) têm impacto direto (ou não) na vida dos sujeitos que a utilizam.

Metodologia

Utilizou-se uma metodologia de natureza qualitativa, com a utilização de entrevistas semiestruturadas e observações participantes, ambas aplicadas e gravadas em áudio devidamente autorizadas e realizadas em um período aproximado de 02 (dois) meses. A amostra de participantes das entrevistas e observações foi escolhida de forma randomizada, através da indicação de pessoas que passaram o contato telefônico com a devida permissão, e assim, estabelecida a contatação. Sabendo que para o presente trabalho, houve a devida adequação ética, seguindo as normas, e o mesmo se caracterizou como um trabalho de disciplina realizado durante a graduação em Psicologia, foi assegurado o anonimato dos participantes da pesquisa e explicado que se tratava de participação voluntária, além da entrega do termo de consentimento livre e esclarecido a cada um dos participantes. Dessa forma, foram realizadas um total de 12 entrevistas, em que 06 foram com usuários de maconha e 06 com não usuários; e 02 observações participantes, sendo os participantes não usuários de maconha.

Foram utilizados os conceitos de Representações Sociais, para analisar o conteúdo que elucidou-se na temática, uma vez que levam em consideração a realidade social daquilo que está sendo pesquisado, analisando os fatos em suas relações com o social e tendo como material as condições da sociedade em relação ao indivíduo, sabendo também que as Representações Sociais se constituem não somente como um fenômeno, mas método de analisar a realidade em questão.

Com isso, percebendo um índice consideravelmente crescente e/ou manifesto do uso da maconha por jovens na cidade de Sobral/CE e entendendo que tal “estigma” com relação à maconha e seu usuário tem uma relação estreita com um histórico dos usos feitos pelas *raças* consideradas inferiores no Brasil, além disso, sabendo que “tais ‘mercadorias’ são vendidas tanto em portas de colégios e de grandes *shoppings centers* como nos morros/favelas

— o que nos autoriza a dizer que se trata de um produto aparentemente ‘democrático’, haja vista que atinge todas as classes sociais e econômicas” (RIBEIRO, 2009, p. 334), investigou-se, assim, a realidade e concepções desses sujeitos que se inserem desde as classes altas até as classes mais desfavorecidas - estabelecendo como critério de classificação de classes sociais o que se encontra disponível no site da *Datos Marketing Direto*, que utiliza os dados obtidos através de sistemáticas pesquisas em fontes de domínio público, com fundamentação dos dados do IBGE².

Contudo, delimitou-se a realização da pesquisa a sujeitos a partir de 18 anos de idade (considerados na vida adulta), uma vez que “a adultez, fenômeno do desenvolvimento humano, apresenta-se com novas responsabilidades, em novos referenciais de existencialidade, em novas conquistas, em busca de um maior entendimento desta importante e mais abrangente etapa da vida humana.” (SANTOS, ANTUNES, 2007, p. 150).

Resultados e Discussão

Há diversos fatores vigentes na sociedade atual que contribuem para deixar “estigmatizados” sujeitos que comumente fazem uso da erva *Cannabis sativa*. Para SIQUEIRA e CARDOSO (2011), “as pessoas são estigmatizadas somente num contexto que envolve a cultura; os acontecimentos históricos, políticos e econômicos e uma dada situação social”.

Assim, precisamos enfatizar que o uso de certas drogas sempre foi, de uma forma ampla, permeado ao longo da história, por considerações que atravessam campos opostos que dizem respeito tanto a críticas negativas sobre seu uso e efeitos, como também a significações de uma prática, realizada desde os primeiros tempos da humanidade e que já faz parte da vida comum do homem. Com a maconha, não foi diferente.

“A maconha é uma planta exótica, ou seja, não é natural do Brasil. Foi trazida para cá pelos escravos negros, daí a sua denominação de fumo-de-Angola. O seu uso disseminou-se rapidamente entre os negros escravos e nossos índios, que passaram a cultivá-la.” (CARLINI, 2005)

Esse tipo de uso tinha evidentemente atribuições negativas e para tanto, vale ressaltar que em um contexto em que negros e índios eram vistos como “camadas” inferiores, a consideração da maconha como tal também não poderia ser diferente. Portanto, “pouco se cuidava então desse uso, dado estar mais restrito às camadas socioeconômicas menos favorecidas, não chamando a atenção da classe dominante branca.” (CARLINI, 2005).

A partir daí a história do uso maconha se desdobra e se estende a várias esferas socioeconômicas, tanto em camadas mais como menos favorecidas, até a sua proibição na II Conferência Internacional do Ópio, realizada em 1924.

Desta forma, uma das questões que podemos trazer para discussão constitui a resposta de um dos entrevistados, C. M. F. S. (21 anos, não usuário), quando perguntado “Como você vê/acha/avalia a vida de alguém que utiliza maconha?”:

“(...) eu acho que é uma vida normal (...) tem muitos famosos que usam, já afirmaram que usam e eu acho que a vida deles são normais, eu não vejo ninguém viciado, todo mundo tem uma carreira estável, pelo que eu vejo.”

Assim, em um contexto em que negros e índios eram tidos como “posições” inferiores diante dos grandes senhoris, a consideração da maconha como tal também não poderia ser diferente. Ou seja, percebemos que certos reflexos de um passado marcado por diferenciações sociais respingam ainda hoje nos modos de pensar da sociedade, uma vez que esta categoriza uma classe “x” (o rico, bem-sucedido, reconhecido e com status social) como referência para modos de agir. Siqueira e Cardoso (2011) citam que, para Melo (2000, p.2), o “social anula a individualidade e determina o modelo que interessa para manter o padrão de poder e anula todos os que rompem ou tentam romper com o modelo social”.

Além disso, há certa diferença de considerações sociais quando este sujeito não se encaixa nesse status colocado, e é nesse sentido que se observam as representações empregadas sobre uma identidade atribuída ao usuário, uma vez que usa uma droga mais estigmatizada e que se segrega das que são lícitas, quando se expressa por ser aquele que, por usar tal substância, é visto como, supracitado acima, o *viciado* que fará de tudo para manter este vício, inclusive roubar e matar.

Isso é percebido presente no discurso da entrevistada R. M. V. (22 anos, não usuária), quando feita a mesma pergunta do sujeito supracitado:

“(...) Por que quando a pessoa usa maconha, ela vai ficar viciada, ela muda, eu acredito que ela muda com as pessoas na casa dela, até pelo fato que geralmente, é, se ela não tiver dinheiro ela vai começar a roubar, até por que se ela começar a usar a droga ela vai acabar com esse dinheiro comprando e vai precisar de mais pra comprar mais e mais e mais e, eu acho que a pessoa quando *tá* viciada, ela passa pouco tempo do dia boa, e a maior parte viciada, então até o vínculo com as pessoas dentro de casa, com as pessoas que ela conhece, *vão* se acabando, *vão* mudando, enfim, eu acho que a vida dela começa a se tornar a droga, a droga começa a comandar a vida dela e isso na verdade não é uma vida, não é vida você não ter mais autonomia sobre si mesmo, só a droga conseguir mandar em você, é por isso que eu acho que a vida da pessoa começa a desmoronar, por que começa a sair dos eixos. A vida dela começa a desmoronar e das pessoas ao redor dela, por que a pessoa que convive também vai sentir.”

Além disso, foi possível também se verificar em campo, os discursos que perpassam as questões do uso da substância e de seus usuários, na visão desses próprios usuários: destoante do que é trazido nos discursos anteriores, F. E. P. J. (24 anos, usuário) relata sobre a vida de um usuário: “*Normal, como qualquer outra. Não atrapalha, eu faço tudo, trabalho, estudo, fumando ou não, se eu tiver fumado ou não antes de trabalhar eu faço tudo normal*”. E W. F. P. J. traz “*Uma vida bem comum, a única coisa que tem fora do comum é o pensamento dos outros que tem sobre*

quem usa. Acho que isso atrapalha, por que quando se tem a discriminação, muda o clima. Quando você expõe que você fuma maconha". O que, de certa forma, confirma a consideração de que diversos tipos de estereotipificações podem afetar a vida do sujeito usuário.

Já na observação participante, foi possível apreender com menos restrições como essas caracterizações dos não usuários perpassam o campo da fala sem nenhum tipo de ponderamento, ao contrário talvez das entrevistas. Vemos:

“Ahh, eu acho a maconha uma coisa muito ruim ne, qualquer droga é ruim. Já pensou (...) os jovens de hoje não sabem mais o que é bom ou ruim, certo ou errado, quer viver do jeito deles e pronto; acho que esse povo que usa isso, deveria criar vergonha na cara, tomar jeito e virar uma pessoa normal ne, como todo mundo (...) usa maconha e depois já vai querer usar outra coisa!” (M.R.R.V., 41 anos, não-usuário)

Em contrapartida, FEPJ traz para a pergunta “Como você acha que as pessoas, a sociedade, vê o usuário de maconha?": *“Como um cara descartado da sociedade né, como um cara que é vagabundo (...)”*, e W.F.P.J. *“Como uma pessoa, como se fosse uma pessoa incapaz, que não tem credibilidade, que não vale a pena dá confiança a essa pessoa, que é vagabundo, e na verdade não é, tem gente, como eu, que trabalho e estudo, e a maconha nunca me deixou de fazer nada.”*

Considerações finais

Ao dirigirmos o olhar para um público que transgrede uma das normas e padrões postos na sociedade, uma vez que se constituem como usuários de uma droga ilícita em nosso país, é imprescindível não nos utilizarmos dos conceitos de Representações Sociais e de estigma/estigmatização, pois percebemos que há uma associação do usuário dessa substância a atributos tidos na sociedade como ruins e que, entretanto, na grande maioria das vezes tais atributos não tem relação com o que de fato a droga traz na vida desses sujeitos; estes então são afetados tanto com os estereótipos que se formam através de RS quanto com a estigmatização que sofrem.

Ao longo da presente pesquisa discutimos a relação estreita que tem estes conceitos com o objeto da mesma e para tanto, foi possível constatar que as Representações Sociais desses sujeitos se perfazem por caracterizações negativas dentro de um social que difunde tais categorizações e estereótipos. Nesse sentido, a mídia e o contexto em que a maconha fora sendo “construída” estão estreitamente ligados à questão de como os usuários de maconha são vistos, em que uma grande parte do social reproduz tais as ideias. Podemos assim destacar o quanto a estigmatização é de fato vivenciada na realidade desses sujeitos, e que isso é presente em seus discursos uma vez que se sentem diferentes de uma parcela que é dita “normal”, apesar entretanto de observamos nos discursos de alguns dos entrevistados não usuários a tentativa de velar uma postura de preconceito e assim, estigmatizante, o que se

encontra aí, é a ideia de status que está ligada a parcela que faz uso e não são discriminadas, como os socialmente bem-sucedidos, por exemplo.

Reforçamos, assim, a importância dos estudos acerca da realidade desses usuários para que o fenômeno seja compreendido em sua totalidade e de forma complexa, não apenas como um fenômeno isolado, contribuindo assim para encarar a questão olhando o sujeito como ele próprio e não aquele que se utiliza da droga.

Referências Bibliográficas

- CARLINI, E. A. **A história da maconha no Brasil. Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID)**; Departamento de Psicologia da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). São Paulo, 2006.
- MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em Saúde**. 11 ed. São Paulo: Hucitec, 2008.
- SANTOS, B. S., ANTUNES, D. D. **Vida adulta, processos motivacionais e diversidade**. Porto Alegre/RS, ano XXX, n. 1 (61), p. 149-164, jan./abr. 2007.
- SIQUEIRA, R. C., CARDOSO, H. R. **O conceito de estigma como processo social: uma aproximação teórica a partir da literatura norte-americana**. *Imagonautas*, v. 2, n. 1, p. 92-113, 2011.
- SOUSA, Y. S. O. **Maconha e representações sociais: a construção discursiva da cannabis em contextos midiáticos**. 2013. Recife. 127 f. Tese: Mestrado em Psicologia. Universidade Federal de Pernambuco, Recife. 2013.

Territorialização: Uma gestão do cuidado

Rafael Ayres de Queiroz⁶

Resumo

Introdução: O artigo aborda a dimensão de território, como uma perspectiva que ultrapassa os limites da geografia, buscando articular a Política Pública de Assistência Social, que por meio do Centro de Referência de Assistência Social exerce grande influência no reconhecimento de vulnerabilidade do território. **Objetivos:** Compreender a importância do planejamento, gestão e concepção de território, para uma boa política de Assistência Social. **Métodos:** A pesquisa se deu por meio de uma revisão integrativa e acesso a base de dados do Ministério do Desenvolvimento Social. **Considerações Finais:** O Brasil, por ser um país continental e com imensas desigualdades históricas, o trabalho de valorização dos sujeitos desenvolvido no CRAS, apresenta-se como mola propulsora de esperança e ressignificação do sujeito e da sociedade.

Palavras-chave: CRAS. Território. Planejamento.

Introdução

A proposta da Política Nacional de Assistência Social (PNAS), é uma reverberação da Constituição Federal de 1988, que em seu art. 203, V. da Constituição Federal, descreve: “a assistência social será prestada a quem dela necessita, independente de contribuição à seguridade Social”. (BRASIL, 1988).

A Proteção Social Básica (PSB) do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) é destinada à camada populacional que se encontra em situação de vulnerabilidade social decorrente da pobreza, fragilização de vínculos afetivos e familiares, discriminações ou passando por processos de violência.

Nesse sentido, a compreensão de cuidado e saúde se amplia além do Sistema Único de Saúde (SUS), passando a coexistir na relação de cuidado também por meio do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), aprovado no ano de 2005 por meio da norma Operacional Básica do Sistema Único de Assistência Social e regulamentada em 2011, pela Lei 12.435.

Os Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) são a porta de entrada da Assistência Social. É um local público, localizado prioritariamente em áreas de maior vulnerabilidade social, onde são oferecidos os serviços de Assistência Social, com o objetivo de fortalecer a convivência com as famílias e comunidade.

Considerando um adequado conhecimento do território, o CRAS promove a organização e articulação das unidades da rede socioassistencial e de outras políticas, por meio

⁶ Mestrando em Saúde Coletiva – UNIFOR. Especialista em Estudos Clássicos – UnB. Graduado em Filosofia – UFC. Graduado em Psicologia – UNIFOR.

de ações intersetoriais. Assim, possibilita o acesso da população aos serviços, benefícios e projetos de assistência social, se tornando uma referência para a população local e para os serviços setoriais.

Conhecendo o território, a equipe do CRAS pode apoiar ações comunitárias, por meio de palestras, campanhas e eventos, atuando junto à comunidade na construção de soluções para o enfrentamento de problemas comuns, como falta de acessibilidade, violência no bairro, trabalho infantil, falta de transporte, baixa qualidade na oferta de serviços, ausência de espaços de lazer, cultural, entre outros.

Com a metodologia de trabalho transdisciplinar, o CRAS com seus diversos atores: assistentes sociais, pedagogos, terapeuta ocupacional, psicólogo, desenvolvem uma concepção de trabalho pautado em princípios de ergologia, que teve sua gênese na década de 90 e é apresentada como “[...] um projeto de melhor conhecer e, sobretudo, de melhor intervir sobre as situações de trabalho para transformá-las” (SCHWARTZ, 2010, p. 37).

No Brasil, a partir dos dados do Censo SUAS/CRAS 2017, observa-se um quantitativo de 8.240 CRAS, em um total de 4.720 municípios.

Metodologia

Pesquisa fundamentou-se no método qualitativo de revisão integrativa, realizada a partir da utilização dos seguintes descritores: Centro de Referência de Assistência Social, Saúde Coletiva, Planejamento, Cadastro Único.

Os dados obtidos a partir do levantamento online ocorreram na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), e na base de dados Scielo, Lilacs e Bireme, e em dados de domínio público do Ministério do Desenvolvimento Social, por meio do Portal Tab Social, que reúne bases de dados das áreas de atuação do MDSA, provenientes das pesquisas primárias, registros de programas e cadastros públicos, dispondo também de ferramentas para tabulação, análise e extração de informações.

O processo de coleta e análise dos dados foram realizadas com a leitura na íntegra de livros e artigos, destacando para as principais características das práticas de Planejamento e Gestão do CRAS em relação ao processo de territorialização e os dados do sistema do CADÚNICO. Com a leitura, realizou-se uma síntese dos estudos que investigam o tema deste estudo.

Resultados e Discussão - Territorialização do cuidado

O Cadastro Único é um conjunto de informações sobre as famílias brasileiras em situação de extrema pobreza. Por meio de uma gestão da informação para traçar políticas públicas interventivas e eficazes, pode-se utilizar as informações do Cadastro Único que são

informações enviadas para o Governo Federal por meio dos Estados e Municípios. A promoção de políticas de saúde pode ser potencializada por meio de uma análise social do território, contribuindo na visualização e diagnóstico situacional.

Milton Santos e María Laura Silveira, no livro: O Brasil. Território e sociedade no início do século 21. (2001), faz uso do conceito de território na saúde: “[...] o território, em si mesmo, não constitui uma categoria de análise ao considerarmos o espaço geográfico como tema das ciências sociais, isto é, como questão histórica. A categoria de análise é o território utilizado. (2001, p. 12).

O território é um organismo vivo, nesse sentido, compreender a dialética espacial no campo e processo de cuidado e saúde, é uma abordagem fundamental. Deve-se considerar o reconhecimento do território como forma de operacionalização dos serviços de assistência e saúde.

<i>Localização:</i>	<i>1:Área com risco de desabamento</i>	<i>2:Área com risco de alagamento</i>	<i>2:Moradias irregulares como favelas, invasões, grotas, cortiços, e/ou similares</i>	<i>3:Presença de altos índices de criminalidade</i>	<i>4:Presença de conflito/violência vinculado ao tráfico de drogas</i>	<i>5:Presença de exploração sexual de crianças e adolescentes</i>	<i>Total</i>
<i>1:Urbano Central</i>	24	39	66	77	113	102	161
<i>2:Urbano Periférico</i>	28	50	108	112	146	101	162
<i>3:Rural</i>	5	10	19	19	44	30	65
<i>Total</i>	57	99	193	208	303	233	1.577

Tabela 01: Fonte: Senso SUAS 2017. No território de abrangência dos CRAS, no Estado do Ceará.

Os resultados na Tabela 01, configuram-se como levantamento do processo de territorialização realizado pelas equipes que compõem os CRAS no Estado do Ceará. Tal aproximação com a população usuária da política de assistência social e com as situações encontradas no contexto familiar e verificadas no território, permite-se amplo reconhecimento da legitimidade do CRAS e seus serviços. Isto ocorre por o CRAS configurar-se em um espaço de convívio e circulação de afetos, de informação, trocas de experiência, esclarecimentos, aquisições de fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários, possibilitando à construção de leituras e releituras das situações vivenciadas, além, da organização e disposição de alternativas para o enfrentamento de questões adversas.

Desta forma, ao verificar os indicadores do levantamento no Estado do Ceará, onde no território dos CRAS existe a presença de vulnerabilidades para as famílias, que na Tabela 01, estão subdivididos em categorias que vão de 01 até 05.

Parceria com Secretarias de Planejamento e Estrutura são formas de minimizar os riscos e as vulnerabilidades por questões relativas à precarização das moradias, como

desabamento e alagamento, ou até mesmo subsidiar por meio dos pareceres técnicos das equipes multidisciplinares do CRAS, uma política de habitação, para minimizar, a numeração de moradias irregulares, que são um total de 193. Vale ressaltar que esses dados são extraídos do Censo SUAS 2017, e não exprimem o valor real da necessidade de habitação do Estado, são de famílias que são acompanhadas por equipes dos CRAS no Estado do Ceará.

O Labirinto do Planejamento

Percorrer a metáfora do labirinto, é correr ao mito enquanto fundador e educador do mundo ocidental. Ser conduzido pela a leitura densa e poética de Rosana Onocko Campos em seu livro *O Planejamento no Labirinto uma viagem hermenêutica* (2003) é compreender que o labirinto pode ser entendido como um lugar sem saída, ou de difícil saída, ou, ainda, como aquele lugar intrigante, dúbio, que induz ao erro, ao mesmo tempo, que desafia à achar a saída.

De certa forma, se está no labirinto quando se pensa uma pesquisa e também quando se avalia o Planejamento em Saúde num momento particular de sua história, enquanto campo de conhecimentos específicos, necessitado de saídas que aumentem sua eficácia e ressaltem seu valor de uso social. (ONOCKO, 2003).

Nesse sentido, o planejamento deve ser incorporado em todas as práticas profissionais, porque o planejamento antecede uma ação. O Território, enquanto organismo vivo está presente em ato e na dinâmica social. Além da compreensão dos territórios como produtores de experiências, de memórias que consolidam forças e capacidades que determinam a identidade territorial e, conseqüentemente, impactam a vida social e subjetiva das pessoas.

Compreender esse significante Labirinto, é alocar no campo das potencialidades e vulnerabilidades, onde, no labirinto primeiramente perde-se para se achar. A importância de um programa perene de planejamento na elaboração de estratégias para identificar e fortalecer as potencialidades das famílias e usuários dos serviços do CRAS.

Carloto & Bueno (2015), descrevem que a informação, o monitoramento e a avaliação na gestão da assistência social estão previstos na Política Nacional de Assistência Social de 2004. Nesta regulamentação consta que a formulação e a implementação de um sistema de monitoramento e a avaliação e um sistema de informação na assistência social são ferramentas urgentes e essenciais para a consolidação da Política Nacional de Assistência Social (PNAS) e a implementação do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), sendo esta uma construção prioritária e coletiva, pois envolve esforços dos três entes federados.

Empowerment

Sergio Resende Carvalho em seu livro *Saúde Coletiva e Promoção da Saúde: Sujeito e Mudança* (2013), desenha uma definição do Empowerment comunitário:

“[...] é considerado, portanto um processo de validação da experiência de terceiros e de legitimação de sua voz e, ao mesmo tempo, de remoção de barreiras que limitam a vida em sociedade. Este conceito indica um processo de ação social que promove a participação de pessoas, organizações e comunidade siando o aumento do controle sobre a vida”. (CARVALHO, 2013. p. 75).

O poeta Carlos Drummond de Andrade, em sua poesia *A Chave* (1984), descreve: “E de repente tudo é uma chave. A chave de uma porta que não abre para o interior desabitado no solo que inexistente, mas a chave existe”. (p.40). Utilizando a letra poética e articulando com a citação de Carvalho (2013), pode-se inferir, que o processo de Empowerment proporcionado pelos Centros de Referência da Assistência Social (CRAS), podem ser uma chave metafórica.

Chave, que pode abrir o caminho de possibilidades por transformar a mulher e o homem anônimos, sem rostos, naqueles que podem escolher, sendo sujeitos atuantes de reflexão, de sua história, da comunidade em que vivem e do mundo. Esta chave: Empowerment permite que o cidadão e usuário, possa modificar sua realidade, alterando sua história e seu mundo.

O Brasil, por ser um país continental e com imensas desigualdades históricas, o trabalho de valorização dos sujeitos desenvolvido no CRAS, apresenta-se como mola propulsora de esperança e ressignificação do sujeito e da sociedade. Não partindo apenas da premissa de acesso ao conhecimento, à participação cidadã, mas, proporcionando condições para que o indivíduo construa sua cidadania. Ao refletir sobre as condições da categoria de Empowerment para Saúde Coletiva, Carvalho (2013) destaca:

Considero que o conceito de “empowerment” comunitário, elemento axial ao pensamento progressista na Promoção da Saúde Canadense, contribui para consolidar em nosso país práticas sanitárias que procuram concretizar a saúde como um direito e privilegia a capacidade dos sujeitos viverem com autonomia (CARVALHO, 2013. p. 57).

A Organização Mundial de Saúde, com a publicação da Carta de Ottawa (1998) para a promoção da saúde define empoderamento como: “um processo social, cultural, psicológico ou político através do qual indivíduos e grupos sociais tornam-se capazes de expressar suas necessidades, explicitar suas preocupações, perceber estratégias” (p. 367). Nesse sentido, por meio das ações no CRAS e território, observa-se a importância efetiva desse equipamento para fortalecimento do empoderamento da população, na luta e manutenção de seus direitos socioassistenciais.

Considerações Finais

Faz-se necessário compreender que o setor da saúde, no prisma da Saúde Coletiva, vai além da doença. Considerar a dialética: cidadão – território e saúde, é considerar que, quanto maior for o grau de participação dos atores (sujeitos sociais) e bussolar a territorialização como forma de cuidar, melhor será as ações em saúde é mais do que gerar novas delimitações administrativas, o território será um elemento estruturador das ações em saúde.

Entre o real e o ideal do CRAS, existem diversos hiatos, contudo, devem-se considerar os diversos desafios no campo político e de gestão para seus objetivos, enquanto equipamento de promoção social e de cuidado sejam alcançados, nesse sentido, buscou-se com a pesquisa considerar a importância de uma ferramenta como o CADUNICO, como um mecanismo estratégico para potencializar o planejamento e a gestão de atividades no território que é atendido pelo CRAS, por considerar que as famílias que estão sendo atendidas no CRAS, são famílias que necessitam, de um acompanhamento socioassistencial.

Referências

- ANDRADE, Carlos Drummond de. **Corpo: Novos Poemas**. 3ª Edição. Rio de Janeiro: Record, 1984. 129 p.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988**. Organização do texto: Juarez de Oliveira. 4. ed. São Paulo: Saraiva, 1990. 168 p.
- BRASIL. **Norma Operacional Básica (NOB/SUAS)**. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, Secretária Nacional da Assistência Social, 2005. 149 p.
- CAMPOS, Rosana Onoko. **O planejamento no labirinto: uma viagem hermenêutica**. São Paulo: Hucitec, 2003. 166 p.
- CARVALHO, Sérgio Resende. **Saúde Coletiva e Promoção da Saúde: Sujeito e Mudança**. 2ª Edição. São Paulo: Hucitec, 2007. 178 p.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Carta de Ottawa para Promoção de Saúde**. Ottawa: OMS, 1986. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf>. Acesso em: 15 agosto 2018.
- SANTOS, Milton; SILVEIRA, María Laura. **Território e Sociedade no início do século 21**. Rio de Janeiro: Record, 2001, 473 p.
- SCHWARTZ, Y. **Os ingredientes da competência: um exercício necessário para uma questão insolúvel**. Educação & Sociedade, Campinas, v. 19, n. 65, p. 101-140, dez. 1998.
- DURRIVE, Louis. **Trabalho & Ergologia: conversas sobre a atividade humana**. 2ª Edição. Niterói: EdUFF, 2010. 346 p.

O profissional de psicologia e a saúde coletiva

Mariana de Brito Lima⁷

Letícia Vanderlei Ribeiro⁸

Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza

Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza

Resumo

A saúde coletiva se configura como uma área multiprofissional e interdisciplinar que proporciona espaços de comunicação, reflexão e ação entre os diversos saberes, incluindo o da psicologia. Para tanto, objetivou-se neste trabalho realizar uma revisão de literatura sobre o profissional de psicologia na saúde coletiva. O psicólogo, ao fazer parte de uma equipe interdisciplinar, oferece uma importante contribuição na compreensão contextualizada e integral do indivíduo, o que é essencial para atuação na saúde. Muitos cursos de formação de psicologia, no entanto, ainda direcionam a área para um trabalho voltado à clínica individual. A inserção do psicólogo na saúde coletiva envolve, por sua vez, uma mudança no perfil profissional e uma transformação de tais profissionais em agentes de mudança a partir de um compromisso social, além de um reconhecimento e compreensão dos gestores e dos próprios profissionais de psicologia do papel do psicólogo na saúde coletiva.

Palavras Chave: Psicologia. Saúde Coletiva.

Introdução

A saúde coletiva é uma área multiprofissional e interdisciplinar que diz respeito a um campo de produção de conhecimentos relacionado à compreensão da saúde e de seus determinantes sociais, além de práticas de promoção de saúde, prevenção e o cuidado a agravos e doenças, tomando por objeto os indivíduos e os grupos sociais (VIEIRA DA SILVA; PAIM; SCHRAIBER, 2014).

Essa área se organiza dentro de um contexto de mudança de paradigma sobre a concepção de saúde que está na base da implantação no Brasil do Sistema Único de Saúde (SUS). A construção da saúde coletiva se fundamenta em uma concepção de saúde ampliada, perspectiva que defende que saúde não significa apenas ausência de doença, sendo assim reduzida a uma evidência orgânica, natural e objetiva. Na verdade, a saúde está relacionada às características dos contextos socioculturais e aos significados que o indivíduo atribui ao seu processo de viver envolvendo os modos de ser e produzir e/ou recriar a vida em sua singularidade e multidimensionalidade (DALMOLIN, et.al., 2011). Essa perspectiva ampliada traz uma valorização da subjetividade do sujeito que se constitui no contexto social, o que tem proporcionado cada vez mais espaços de comunicação, reflexão e ação na saúde coletiva entre os diversos saberes, incluindo o da psicologia.

7 Psicóloga formada pela Universidade Federal do Ceará (UFC) e mestranda do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da UNIFOR

8 Psicóloga formada pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR) e mestranda do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da UNIFOR

Em março de 1997, o Plenário do Conselho Nacional de Saúde (CNS) reconheceu como profissionais de saúde várias categorias de nível superior, dentre elas a dos psicólogos (Resolução N. °218/1997 do CNS). Esse acontecimento marca para a psicologia o reconhecimento da possibilidade de contribuição dessa área do conhecimento nas práticas de saúde coletiva, sendo uma resposta a uma prática e a estudos que já vinham sendo realizados pelos profissionais e pesquisadores. Apesar desse reconhecimento, a psicologia ainda enfrenta diversos percalços que interferem em uma atuação na área da saúde interligada com os princípios da saúde coletiva.

Com isso, objetivou-se neste trabalho realizar uma reflexão sobre o profissional de psicologia e a saúde coletiva que contribuirá para uma compreensão da atuação dos psicólogos na área da saúde, do compromisso social dos profissionais dessa área, bem como das possíveis contribuições do profissional de psicologia na saúde.

Metodologia

Para a realização de uma investigação sobre o tema Psicologia e Saúde Coletiva, optou-se pela realização de uma revisão de literatura. Esta se caracteriza por ponderações ou críticas de materiais já publicados, levando em conta o avanço das pesquisas no assunto em questão. São textos nos quais os autores deliberam e ilustram certo problema, indicam estudos anteriores e informam aos leitores como se encontra tal área de pesquisa, podendo também acrescentar sugestões para a resolução de problemas identificados (APA, 2010). Para tanto, realizou-se uma pesquisa na literatura através das palavras-chave escolhidas: Psicologia e Saúde Coletiva.

Resultados e Discussão - A interdisciplinaridade

Por meio do princípio da integralidade, o SUS permite e exige uma abertura de portas para novos atores nas equipes de saúde. Para que se cuide da saúde de maneira integral, abrangendo toda a complexidade do processo saúde doença, torna-se imprescindível que existam equipes interdisciplinares e que desenvolvam ações intersetoriais entre profissionais de saúde. O psicólogo, ao fazer parte de uma equipe interdisciplinar, oferece uma importante contribuição na compreensão contextualizada e integral do indivíduo, das famílias e da comunidade (BOING; CREPALDI, 2010). O profissional de psicologia, dentro da sua especialidade, de uma maneira geral, atua sobre o sujeito, inserido em um contexto e em uma rede de subjetividades, por meio do qual ele se constitui. Partindo desse pressuposto, o psicólogo tem como foco do seu trabalho na saúde o sujeito integral, e não apenas a atenção

integral (CAMPOS; GUARIDO, 2010), o que torna imprescindível que este saiba compor essa equipe multiprofissional e interdisciplinar.

O saber e a prática interdisciplinar propiciam ao profissional de psicologia uma visão que ultrapassa a especificidade do seu saber, fazendo com que sua atuação se torne ampla e contextualizada, possibilitando ao mesmo a compreensão das implicações sociais de sua prática para que esta possa se tornar realmente um produto coletivo e eficaz (GOMES, 1997). Ou seja, a interdisciplinaridade na saúde envolve o encontro de saberes, a experiência de trocas e técnicas e os novos questionamentos que só tem a contribuir para a comunidade.

Para Paulin e Luzio (2009), a consolidação da psicologia como uma profissão da saúde pública representa uma crença em sua potencialidade como instrumento de transformação e o recolhimento de fatores subjetivos, emocionais, históricos e das condições de vida dos usuários como determinantes dos quadros de saúde ou de doença da população. Partindo dessa ideia, a atuação de psicólogos nas equipes interdisciplinares dentro de uma saúde coletiva é essencial, pois vem a contribuir com a perspectiva de se olhar um sujeito integral, que apresenta uma subjetividade, que é constituído socialmente, ativo na sua história e que pode e deve ser considerado como protagonista do cuidado na sua saúde e no seu bem-estar.

A formação

A reflexão sobre a postura e o posicionamento do profissional de psicologia dentro dos serviços de saúde com as equipes, com os usuários e com a comunidade perpassa intimamente à formação desses profissionais. Os currículos de muitos cursos de psicologia ainda são fortemente influenciados pelo modelo cartesiano e direcionam a formação dos alunos para um trabalho voltado à clínica individual, o que acaba sendo reproduzido quando estes, ao se formarem, entram em contato com o trabalho em saúde pública (PAULIN; LUZIO, 2009).

Por muito tempo, os cursos de psicologia acabaram por graduar profissionais de certa forma apolíticos. É preciso ressaltar, a partir deste ponto, a necessidade da formação de profissionais críticos, e não somente técnicos. Muitos cursos de psicologia não apresentam o eixo articulador das políticas públicas, nem disciplinas que abordem as reformas psiquiátrica e sanitária. Como os psicólogos não praticam esse tipo de discussão no processo de formação, eles tendem a não se ver como parte integrante e inerente a este processo. É necessário que haja o desenvolvimento de posições éticas e políticas por parte desses profissionais, e isto se configura como uma das características principais para a sustentação do projeto do SUS e de uma atuação consistente na saúde coletiva (DIMENSTEIN, 1998, 2000, 2003; LIMA, 2005; OLIVEIRA, et al., 2005; ROMAGNOLI, 2006; BOING; CREPALDI, 2010).

Apesar das conquistas e mudanças, a formação do psicólogo ainda direciona esse profissional para lidar com a patologia de forma individualizada, centrada no indivíduo reduzindo-se à clínica tradicional, o que vem na contramão da ideia da integralidade promovida pela saúde coletiva. Paulin e Luzio (2009) citam a importância de os currículos de psicologia terem disciplinas que capacitem o profissional para a atuação na saúde pública e se preocupem em apresentar a teoria contextualizada com as práticas que considerem as várias realidades sociais vividas pelo usuário do sistema de saúde, não se limitando a um modelo de clínica, individual e elitista.

Cabe destacar que, mesmo que os cursos de formação e treinamento sejam configurados como estratégias de fundamental importância para a atuação dos profissionais de saúde seguindo o novo modelo de atenção, é necessário considerar que a mudança de modelo, que implica consequentemente em uma mudança paradigmática, é um processo demasiado complexo que envolve uma inter-relação entre vários fatores (BÖING; CREPALDI, 2010). E, ao serem considerados profissionais de saúde, os psicólogos assumem um papel importante nesse processo de mudanças nos modelos de atenção à saúde.

Ou seja, mesmo ainda existindo uma perspectiva clínica e individualizada nas formações, áreas da psicologia como a social, a comunitária e a da saúde vem ganhando força sendo importantes para a quebra de modelo clínico como atividade única, levando os profissionais para áreas e abordagens mais condizentes com o modelo empregado na saúde coletiva.

O profissional de psicologia e a saúde coletiva

A inserção do psicólogo na saúde coletiva acontece em uma realidade que a saúde luta pela integralidade, mas que ainda traz de maneira forte as características de um modelo de atenção biomédico, assistencial verticalizado, com pouca ou nenhuma consideração para as questões subjetivas. O profissional de psicologia, mesmo percorrendo um caminho de reconstrução de sua atuação na área da saúde, muitas vezes ainda reproduz esse fazer individualizado, usando seus saberes da prática clínica para reproduzir um modelo de atendimento que se aproxima de uma prática assistencial focada na patologia e no diagnóstico e se distancia do olhar integral do sujeito.

No entanto, segundo Carvalho, Bosi e Freire (2009), o campo da saúde coletiva exige uma maneira diferenciada de estar a serviço do outro. Dentro dessa realidade, a inserção do psicólogo na saúde coletiva trata não só da mudança no perfil profissional dessa e de outras das categorias envolvidas com o trabalho da saúde, mas principalmente da transformação de tais profissionais em agentes de mudança a partir de um compromisso social perante o ideário

do sistema de saúde e seus usuários (DIMENSTEIN, 2001). Para esse comprometimento social, é essencial uma nova mentalidade profissional e organizacional, participação e compromisso na busca da qualidade da saúde. Ou seja, é preciso que haja uma reconstrução da subjetividade dos trabalhadores do campo da saúde, assim como a alteração da cultura organizacional hegemônica (DIMENSTEIN, 1998).

Existem movimentos da categoria dos psicólogos que promoveram discussões sobre o papel do profissional de psicologia dentro da saúde coletiva, debatendo sua participação nas equipes matriciais de apoio àquelas que atuam na saúde da família ou sua inclusão nestas equipes e atuação regida segundo a estratégia de saúde da família, em unidade local de saúde (FRANCA; VIANA, 2006; CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA – 12ª REGIÃO, 2007; ROMAGNOLI, 2006).

Em 2016, no entanto, o Conselho Federal de Psicologia, através da Resolução No 03/2016, incluiu a psicologia em saúde no rol das especialidades do psicólogo na qual descreve as frentes e bases de atuação desse profissional na saúde, tais como a atuação em equipes multiprofissionais e interdisciplinares na intervenção dos processos saúde e doença, a consideração aos contextos sociais e culturais, a colaboração em processos de negociação e fomento à participação social e de articulação de redes de atenção à saúde, a possibilidade de desenvolver ações de gestão e a dominação do conhecimento sobre a reforma sanitária brasileira e as políticas de saúde no Brasil.

Percebe-se uma afinidade e um caminhar da psicologia junto à saúde coletiva, principalmente na concepção de saúde ampliada, na política de saúde no Brasil e as transformações que resultaram no SUS. Esta resolução aparece para o mundo Psi como uma conquista importante na legitimação e no reconhecimento da contribuição da psicologia na saúde, bem como um recurso no direcionamento da formação e atuação do profissional de psicologia na saúde, principalmente no que diz respeito a formar profissionais críticos e conscientes do seu compromisso social.

Considerações Finais

Os profissionais da psicologia ainda percorrem um caminho de demarcação específica dos seus papéis e enfrentam muitos desafios relacionados a sua inserção na saúde, tais como formar profissionais mais alinhados aos valores e ideais do SUS e ter uma atuação mais coletiva, saindo da prática individualizada identificada com o modelo biomédico.

Dentro desta realidade, depara-se com o desconhecimento e a dificuldade de compreensão do potencial do psicólogo no campo da promoção e prevenção da saúde e muitos acreditam que este só atua no contexto clínico, o que não favorece sua inserção na

saúde. Para tanto, se faz necessária a ampliação da discussão do lugar e do potencial da psicologia dentro das políticas de saúde e da saúde coletiva, o que inclui uma melhor compreensão por parte da gestão, da população e do próprio profissional de psicologia do papel do psicólogo no novo modelo de atenção à saúde.

Além disso, é fundamental uma organização dos psicólogos, e que estes reconheçam seu papel como atores sociais, que têm potencial para modificar o cenário atual da saúde pública, para que todos os responsáveis pelas políticas públicas de saúde conheçam as potencialidades e possibilidades de intervenções psicológicas na saúde, dentro, principalmente, de uma lógica de trabalho interdisciplinar.

Referências Bibliográficas

AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION. **Publication manual of American Psychological Association**. American Psychological Association: Washington DC, 2010.

BÖING, E; CREPALDI, M A. O Psicólogo na atenção básica: uma incursão pelas políticas públicas de saúde Brasileiras. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 30, n. 3, p. 634-649, set. 2010.

CAMPOS, F. C.B.; GUARIDO, E.L. O psicólogo no SUS: suas práticas e as necessidades de quem o procura. In: SPINK, M.J.P. (Org) **A psicologia em diálogo com o SUS: prática profissional e produção acadêmica**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010.

CARVALHO, L. B.; BOSI, M. M.; FREIRE, J. C. A prática do psicólogo em saúde coletiva: um estudo no município de Fortaleza (CE), Brasil. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 29, n. 1, p. 60-73, mar. 2009. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932009000100006&lng=pt&nrm=iso>. Acessado em: 10 jun. 2018

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Resolução CFP No 03/2016**. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2016/04/Resolu%C3%A7%C3%A3o-003-2016.pdf> Acessado em: 01 de maio de 2018.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução N. °218/1997**. Disponível em: http://www.crefrs.org.br/legislacao/pdf/res_cns_218_1997.pdf. Acessado em: 01 de maio de 2018.

CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA – 12ª Região. **Revista do VI Congresso Nacional da Psicologia (VI CNP): etapa regional de Santa Catarina**. Florianópolis: CRP-12, 2007.

DALMOLIN, B B. et al. Significados do conceito de saúde na perspectiva de docentes da área da saúde. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 389-394, junho, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452011000200023&lng=en&nrm=iso>. Acessado em: 20 de maio 2018.

DIMENSTEIN, M. **O Psicólogo no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS):** Perfil profissional e perspectivas de atuação nas Unidades Básicas de Saúde (UBSs). 1998. Tese (Doutorado) – Instituto de Psiquiatria, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

_____, M. A cultura profissional do psicólogo e o ideário individualista: implicações para a prática no campo da assistência pública à saúde. **Estudos de Psicologia**, Natal, v. 5, n. 1, p. 95-121, Junho. 2000.

_____, M. O Psicólogo e o compromisso social no contexto da saúde coletiva. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 6, n. 2, p. 57-63, jul./dez. 2001.

_____, M. Los (des)caminos de la formación profesional del psicólogo en Brasil para la actuación en la salud pública. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v.13, n.5, p.341-345, Maio. 2003.

GOMES, D. C. R. **Equipe de saúde:** o desafio da integração. Uberlândia: Ed. da Universidade Federal de Uberlândia, 1997.

LIMA, M. Atuação psicológica coletiva: uma trajetória profissional em unidade básica de saúde. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 10, n. 3, p. 431-440, set./dez. 2005.

OLIVEIRA, I. F., *et al.* A psicologia, o Sistema Único de Saúde e o Sistema de Informações Ambulatoriais: inovações, propostas e desvirtuamentos. **Interação em Psicologia**, Curitiba, v.9, n.2, p. 273-283, 2005.

PAULIN, T.; LUZIO, C.A. A psicologia na saúde pública: desafios para a atuação e formação profissional. **Revista de Psicologia da UNESP**, São Paulo. v. 8, n. p. 298-109, 2009.

FRANCA, A. C. P. de; VIANA, B. A. Interface psicologia e programa saúde da família - PSF: reflexões teóricas. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 26, n. 2, p. 246-257, jun. 2006. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932006000200007&lng=pt&nrm=iso>. Acessado em 10 de agosto de 2018.

ROMAGNOLI, R. C. A formação dos psicólogos e a saúde pública. **Pesquisas e Práticas psicossociais**, v.1, n. 2, 2006.

VIEIRA DA SILVA, V.M.; PAIM, J.S.; SCHRAIBER, L.B. O que é saúde coletiva? In: PAIM, J.S.; ALMEIDA-FILHO, N. **Saúde coletiva:** teoria e prática. 1ª ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2014.

O psicólogo clínico “em análise”: considerações psicanalíticas sobre o lugar de fala e de escuta

Fagner Castro Ribeiro⁹

Resumo

O artigo discorre sobre os desdobramentos, efeitos e importância da análise pessoal na escuta clínica do analista, isto é, discute os índices teóricos que revelam os lugares de fala e escuta que são ocupados pelo analista e pelo psicólogo clínico de modo geral. O artigo parte de uma abordagem qualitativa, de cunho teórico-conceitual e utiliza-se do método de pesquisa bibliográfica do tipo narrativa e faz uma breve revisão na literatura psicanalítica na tentativa de levantar dados teóricos que permitam elaborar algumas reflexões acerca da questão da análise pessoal e seus efeitos na escuta do clínico. Discute questões relacionadas ao início do tratamento, sobre o caráter intransmissível da escuta clínica, bem como, sobre a necessidade de o analista não se tomar num lugar ideal e sobre sua condição em relação ao saber, antes e depois de sua análise pessoal. Discute ainda sobre a importância da supervisão e como esta modalidade de transmissão remete sempre à análise própria do analista bem como ao saber teórico. O artigo conclui que ao termo de sua análise pessoal o analista pode situar-se na posição de não saber a priori, para que a partir disso, possa pôr em movimento o desejo do analisando, conclui ainda que a Clínica Psicanalítica se faz a partir de *uma* psicanálise, justamente a análise de *um* analista que encarna o saber psicanalítico.

Palavras-chave: Analista. Escuta. Psicanálise.

Introdução

O analista (principalmente aquele cuja psicologia foi seu campo de formação) acostumou-se a ouvir de seus professores, desde os primeiros períodos de sua graduação, sobre a importância da análise (ou terapia) pessoal.

Entretanto, essa espécie de sugestão, conselho ou algum adjetivo que sirva para escamotear o verdadeiro sentido desse ato que é, na verdade, um ato imperativo – portanto, avesso à ética do desejo – causa no analista o desejo escrever e inscrever os motivos teóricos e éticos que deveriam, estes sim, impelir o clínico à sua travessia própria: do lugar de fala ao lugar de escuta.

Neste sentido o artigo discorre sobre os desdobramentos, efeitos e importância da análise pessoal na escuta clínica do analista, isto é, discute acerca dos índices teóricos que revelam os lugares ocupados pelo clínico – lugares psíquicos, vale dizer – a saber: o de quem fala e o de quem escuta.

O artigo parte do método de pesquisa bibliográfico e faz uma revisão na literatura psicanalítica no sentido percorrer – de Freud a Lacan, passando por Erik Porge e Marco

⁹ Psicólogo, graduado pela Faculdade Maurício de Nassau Fortaleza (2018). Psicanalista, membro associado, em formação básica, do Corpo Freudiano Escola de Psicanálise – Seção Fortaleza.

Antônio Coutinho Jorge – um caminho que leva ao real da clínica, isto é, ao indizível da experiência de escuta e de fala, para mostrar com isso, que na clínica não se trata da necessidade de se ter uma “posição ideal”, imaginária frente ao paciente, mas de um lugar de remeter-se ao final de sua análise pessoal.

Metodologia

O artigo parte de uma abordagem qualitativa, de cunho teórico-conceitual e utiliza-se do método de pesquisa bibliográfica do tipo narrativa e faz uma breve revisão na literatura psicanalítica na tentativa de levantar dados teóricos que permitam elaborar algumas reflexões acerca da questão da análise pessoal e seus efeitos na escuta do clínico.

Seguiu-se o modelo proposto por Lima e Miotto (2007), ao ordenar os procedimentos de acordo com alguns parâmetros que tornam viáveis os procedimentos subsequentes, nesse sentido, na etapa de coleta de dados utilizaram-se, enquanto parâmetro temático, algumas fontes que se relacionam de forma restrita, direta ou aproximativa com o objeto de estudo.

Enquanto parâmetro linguístico, foram utilizadas obras em português, (ou traduzidas para este idioma), vale destacar que a escolha deste parâmetro se relaciona muito mais a uma limitação do pesquisador do que a qualquer outro motivo teórico ou metodológico.

O critério de escolha dos dados (bibliografia) se deu a partir da proximidade prévia do autor com a literatura, bem como, a partir da pesquisa nas diversas bases de dados através da utilização dos descritores: “Analista”, “Escuta”, “Psicanálise” e “Psicoterapia”.

Conta-se com o aporte teórico da psicanálise e, além de Freud e Lacan, indispensáveis a qualquer pesquisa que se pretenda séria em psicanálise, conta-se com obras que tocam a questão da análise pessoal do analista com maior agudeza, quais sejam: “*Fundamentos da clínica psicanalítica*” (PORGE, 2014) e “*Fundamentos da Psicanálise de Freud a Lacan, vol.3: A prática analítica*” (COUTINHO JORGE, 2017).

Resultados e Discussão

A importância da análise pessoal não parece ter um lugar privilegiado, não parece ser um lugar onde a insistência de Freud pousava, entretanto, basta que se leia o conjunto de artigos que Freud escreveu acerca da técnica da psicanálise de forma mais cuidadosa para que se perceba que essa questão sempre esteve latente como fundamental para a clínica psicanalítica, além disso, (COUTINHO JORGE, 2017) indica que para Freud a questão da contratransferência – principal motivo teórico/ético para que um analista ou psicólogo clínico faça análise – seria um dos problemas técnicos mais complexos com os quais a psicanálise tem de lidar.

Outro ponto que torna necessária uma leitura mais atenta do problema é o fato de que a questão do impacto da psicoterapia na pessoa do psicoterapeuta é “uma dimensão que alguns autores consideram ter sido negligenciada na investigação em psicoterapia” (FERNANDES e MAIA, 2008, p. 50).

Já na abertura do artigo técnico “*Sobre o início do tratamento*” (1913) Freud indica o caráter intransmissível da experiência clínica, isto é, ele toma o tratamento analítico em analogia com um jogo de xadrez no sentido de que, nesses dois exemplos, só se torna possível enunciar algo a respeito do início e do fim dessas experiências, cabendo ao jogador (analista) que as conduz, colocar as peças nos lugares em que desejar no decorrer do jogo. (FREUD, 1913).

Continuando, Freud assinala que apenas lhe cabe fazer “recomendações” e que “A extraordinária diversidade das constelações psíquicas envolvidas, a plasticidade de todos os processos mentais e a riqueza dos fatores determinantes opõem-se a qualquer mecanismo da técnica” (FREUD, 1913, p. 139).

Com isso, tem-se a confirmação de que não se ensina, logo, não se aprende a escutar clinicamente, a não ser no próprio jogo transferencial, além disso, impõe-se a questão de saber se Freud, ao citar essa “diversidade de constelações envolvidas” não incluía aí o psiquismo do analista.

Para (FERNANDES e MAIA, 2008, p. 50), “Se na psicoterapia há espaço privilegiado para alguém falar, há também alguém que ouve e este ouvir pode fazer mal” e nesse sentido, o psiquismo do analista advém sim, incluído no laço transferencial, com tudo que esse laço comporta de amor e ódio.

Então qual a saída para que essa escuta “não faça mal” e em que medida isso se relaciona com a questão da análise pessoal do analista?

Segundo (PASTORI, 2003, p. 85) “a disponibilidade do analista frente ao vínculo alteritário é o que torna possível lidar com o sofrimento do outro”, é, portanto, o lugar que o analista ocupa na estrutura do dispositivo analítico, não um lugar espacial como, por exemplo, a poltrona frente a frente ou detrás do divã, mas um lugar psíquico em que seus significantes não advenham no lugar dos significantes do analisando.

Eis a relação com a análise própria: se o analista tem um lugar e um “Outro analista” que o escute, ele não responde ao amor e ódio transferenciais de seu analisando de forma (ir)refletida, espelhada, imaginária, ele antes, teria condições de situar-se no lugar da ignorância douda.

Para (COUTINHO JORGE, 2017, p. 154) “só por operar através da dimensão da ignorância douda o analista pode responder às demandas do analisando com outra pergunta”.

A ignorância douda é uma noção lacaniana que remete ao fato de que uma análise se faz de associação livre, se faz de uma aposta/suposição por parte do analista, de que há um sujeito e de que há naquele sujeito suposto, um Saber (S_2), Saber que se encadeará com os significantes-mestres (S_1) precipitando as (re)significações e, é isso que dá sentido ao uso do termo ignorância douda, é um dizer do analista: “só sei que ele (analizando) sabe, mas não sabe que sabe, por isso pergunto”, destaca-se que o caráter de ignorância douda se dá quando coloca-se a ênfase no “só sei”, pois é dessa ignorância que deriva a pergunta que leva o analisando ao seu próprio saber.

Além da análise pessoal, (COUTINHO JORGE, 2017, p. 162) aponta a supervisão como outra saída possível para o impasse da já citada “escuta que faz mal”, entretanto, mesmo nessa saída há sempre a referência à análise pessoal como um dos caminhos, pois o autor afirma que “o supervisor parece replicar [...] a posição do analista, ele próprio dividido em duas funções: [...] Na primeira, ele remete o supervisionando à sua própria análise, na segunda ele o remete ao estudo da teoria”.

O próprio Freud aponta o lugar que o analista deve ocupar ao citar a existência da “contratransferência’ que, nele, surge como resultado da influência do paciente sobre seus sentimentos inconscientes”, ele diz que o analista deve reconhecer tal influência em si mesmo e dar conta dela (FREUD, 1910, p. 150).

Em nota de rodapé, derivada do próprio trecho acima, o editor afirma que Freud não estava convencido da eficácia de uma autoanálise, chegando com isso a indicar que o analista fizesse análise com outros analistas, chamados “analistas didatas”.

Para (PORGE, 2014, p. 61), “Começar uma análise é, para o analista, voltar ao seu próprio final de análise”, isso não significa que o analista só possa começar uma análise ao final da sua, mesmo porque não se trata de um tempo cronológico de fim de análise – cabe ainda questionar, como o fez Freud, sobre a análise ser finita ou infinita – mas de um final lógico da análise, quando há a queda do sujeito suposto saber, justamente, para que o analista faça suas intervenções a partir de um lugar de não saber a priori, de uma “atenção igualmente em suspenso” (PORGE, 2014, p. 57).

É nesse sentido que se pode dizer que o destino da clínica psicanalítica (ou psicológica) se traça em *uma* psicanálise, isto é, na psicanálise de *um* analista.

A Psicanálise então, se sustenta a partir da análise pessoal daquele analista que encarna em cada setting, em cada sessão, o próprio saber psicanalítico.

Daí (LACAN, 1992, p. 371) afirmar que “o analista deve se ausentar de todo ideal do analista”, no sentido de entrar em uma análise em busca de ‘autoconhecimento’ ou em busca

de um saber total sobre seu inconsciente, entretanto, Lacan continua o texto dizendo que “o analista não deve ser totalmente ignorante de um certo número de coisas, isso é certo”.

Considerações finais

Diante das questões discutidas acima, fica-se em uma posição de dificuldade para qualquer consideração conclusiva, percebe-se muito mais uma posição de abertura de questões e, dentre elas, a principal é saber qual ou quais motivos então devem levar o analista ou o psicólogo clínico, à sua análise pessoal? Uma questão de sofrimento psíquico? Uma questão de ética, uma questão teórica relacionada à queda do sujeito suposto saber?

Não se pretende responder a tais questões, mas deixa-se o apontamento de que estar no lugar de fala é condição imprescindível para que se possa ocupar a posição de escuta, pois se na análise o sujeito lida com sua economia psíquica, é na sua análise que o analista poderá existir enquanto ser, já que na posição de quem escuta ele terá de “pagar com palavras [...] pagar também com sua pessoa [...] ele tem que pagar com o que há de mais essencial em seu juízo mais íntimo” (LACAN, 1998, p. 591).

Por tanto, de modo geral, conclui-se que já nos escritos de Freud havia a indicação – por conta da existência do fenômeno da contratransferência – da importância do clínico fazer ou ter feito análise.

Conclui-se também, que não se aprende a escutar clinicamente, portanto, não há uma ‘forma certa’ ou ‘ideal’ de escuta, a escuta é, nesse sentido, uma construção que começa a partir do final lógico da análise pessoal de um analista. Essa é então, outro indicador de que é importante estar no lugar de quem fala para ocupar o lugar de quem escuta, lembrando que não se trata de ocupar um lugar físico, mas psíquico e lógico.

Assinala-se a supervisão como uma alternativa para o impasse de uma possível escuta que faz mal (tanto para o analista quanto para o analisando), na medida em que o supervisor ocupa uma posição que acaba sempre remetendo o analista à sua própria análise.

Inferi-se ainda que ao termo de sua análise pessoal o analista pode situar-se na posição de não saber a priori e, a partir daí, fazer suas interpretações e intervenções com uma pergunta, já que em psicanálise se trata sempre de colocar em movimento o desejo do analisando através da associação livre e da atenção igualmente em suspenso.

Como conclusão principal, destaca-se que a Clínica Psicanalítica se faz a partir de *uma* psicanálise, justamente a análise de *um* analista que encarna o saber psicanalítico, o saber que “só sabe que o analisando sabe, mas não sabe que sabe”!

Referências Bibliográficas

COUTINHO JORGE, M. A. **Fundamentos da psicanálise de Freud a Lacan, vol. 3: A prática analítica**. Rio de Janeiro: Zahar, 2017.

FERNANDES, E; MAIA, A. **Impacto do exercício de psicoterapia nos psicoterapeutas**. *Análise Psicológica*, v. 26, n. 1, p. 47-58, 2008.

FREUD. As perspectivas futuras da terapêutica psicanalítica. In: Sigmund Freud. **Cinco Lições de Psicanálise, Leonardo da Vinci e outros trabalhos**. Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Ed. Standard Brasileira, vol. XI. Rio de Janeiro: Imago, 1910.

FREUD. Sobre o início do tratamento (Novas recomendações sobre a técnica da psicanálise). In: Sigmund Freud. **O Caso Schreber, Artigos sobre Técnica e outros trabalhos**. Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Ed. Standard Brasileira, vol. XII. Rio de Janeiro: Imago, 1913.

LACAN. **O seminário, livro 8: A transferência**. Rio de Janeiro, Zahar, 1992.

LACAN. A direção do tratamento e os princípios de seu poder. In: **Escritos**. Rio de Janeiro, Zahar, 1998.

LIMA, T. C; MIOTO, R. C. **Procedimentos metodológicos na construção do conhecimento científico: a pesquisa bibliográfica**. *Revista Katálysis*, v. 10, 2007.

PASTORI, S. S. **O lugar do analista**. *Pulsional revista de psicanálise*, v. 16, n. 168, p. 82-87, 2003.

PORGE, E. **Fundamentos da clínica psicanalítica**. Coleção Terramar. Campinas, SP: Mercado de Letras, 2014.

Fatores de influência na realização do exame psicológico para aquisição da carteira nacional de habilitação

Ruth Rabelo da Silva Raulino¹⁰

Mércia Capistrano Oliveira¹¹

Resumo

O presente trabalho trata-se dos fatores de influência na realização do exame psicológico para aquisição da Carteira Nacional de Habilitação - CNH no Departamento Estadual de Trânsito - DETRAN no município de Morada Nova - CE. Teve-se por conhecido que o trânsito é um direito de todos, mas para isso é necessário que o condutor possua a CNH e para tal aquisição precisa percorrer diversas fases, sendo uma delas a avaliação psicológica. Durante a mesma são realizados testes psicológicos como os de personalidade, atenção concentrada e raciocínio lógico, assim como o preenchimento de um questionário. O objetivo geral foi investigar os fatores que afetam os resultados da Avaliação Psicológica no trânsito e como objetivos específicos verificar os indicadores do estado físico e mental que o candidato apresentou anteriormente ao exame psicológico, e identificar que aspectos podem interferir na obtenção de um resultado favorável. A investigação ocorreu por meio de um questionário (elaborado pelas autoras) e da análise dos testes psicológicos realizados pelos candidatos à aquisição da CNH, a fim de se verificar os diversos fatores emocionais e físicos que interferem no momento da testagem. Através do resultado final, pode-se compreender a interferência de aspectos externos nos processos psicológicos individuais como concentração, atenção e elaboração mental geral dos candidatos durante a testagem.

Palavras-chave: Trânsito, Avaliação Psicológica, Carteira Nacional de Habilitação.

Introdução

O presente trabalho trata-se de um artigo científico referente aos fatores de influência na realização do exame psicológico para aquisição da Carteira Nacional de Habilitação - CNH no Departamento Estadual de Trânsito - DETRAN no município de Morada Nova - CE. Onde foi investigado, por meio de um questionário (elaborado pelas autoras) e da análise dos testes psicológicos realizados pelos candidatos a aquisição da CNH, se os diversos fatores emocionais e físicos interferem no momento da testagem.

Teve-se como objetivo geral investigar os fatores que afetam os resultados da Avaliação Psicológica no trânsito e como objetivos específicos verificar os indicadores do estado físico e mental que o candidato apresentou anteriormente ao exame psicológico, e identificar que aspectos podem interferir na obtenção de um resultado favorável.

Tem-se por conhecido que o trânsito é um direito de todos, mas para isso é necessário que o condutor possua a CNH e para tal aquisição precisa percorrer diversas fases, sendo uma delas a avaliação psicológica. Durante a mesma são realizados testes psicológicos como os de

¹⁰ Psicóloga Clínica, Bacharela em Psicologia pela UniCatólica. ruth_rabelo@hotmail.com.

¹¹ Psicóloga, especialista em planejamento educacional, especialista em psicologia do trânsito, docente na UniCatólica na área de avaliação psicológica; psicóloga do trânsito na CEDETRAN-CE. mercia@unicatolicaquixada.edu.br.

personalidade, atenção concentrada e raciocínio lógico, assim como o preenchimento de um questionário. Onde o candidato pode ser classificado em três categorias: Apto, Inato e Inapto Temporário, sendo que, neste último, o candidato retornará ao posto para a realização da retestagem, tendo assim, uma oportunidade de confirmar se seus resultados sofreram algum tipo de interferência externa ao sujeito.

A Avaliação Psicológica no trânsito é um tema ainda carente de pesquisas e publicações, e sabendo que essa área é escassa em estudos e necessita de novos olhares e uma atenção diferenciada do que se percebe na atualidade, esta pesquisa foi direcionada na tentativa de compreender os fatores de influência no processo de avaliação psicológica ao candidato a obtenção da CNH visando ser de grande utilidade para futuros pesquisadores e profissionais que têm interesse ou atua na área.

Metodologia

A amostra foi constituída por candidatos à aquisição da primeira Carteira Nacional de Habilitação. Sem distinção de sexo, independente da faixa etária ou categoria de aquisição e que aceitaram participar da pesquisa, assinando o termo de consentimento livre e esclarecido. A coleta de dados se deu no período de 12/01/17 a 24/02//17, sendo a amostragem composta por estes respondentes.

Os dados foram coletados através de um questionário, confeccionado pelas autoras, com perguntas referentes ao estado físico e emocional do candidato no momento atual da testagem; posteriormente foram avaliados os testes realizados pelos candidatos, onde comparamos os resultados (percentis) dos testes com as respostas assinaladas anteriormente pelo candidato. A investigação ocorreu por meio do manuseio, correção e avaliação dos testes realizados pelo candidato, que se deu por intermédio da autorização documental da empresa que terceiriza o serviço para o DETRAN, sob supervisão da Psicóloga responsável pelo posto e sob a autorização do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE assinado pelo candidato à CNH.

O questionário aplicado foi composto por um total de doze perguntas sendo elas: 1. Possui algum tipo de deficiência? 2. Faz algum tratamento psicológico? 3. faz uso de medicamento controlado? 4. Faz uso de bebida alcoólica? 5. Possui algum tipo de doença? 6. Atualmente está com problemas emocionais? 7. Trabalha no período da noite? 8. No momento sente cansaço ou fadiga? 9. No momento sente-se sonolento? 10. No momento sente-se bem alimentado? 11. Você vem de outra cidade ou distrito? 12. Quanto tempo de estrada para chegar a esta unidade? Sendo que na primeira interrogação deste. Em caso de a resposta ser afirmativa o candidato precisava especificar se sua deficiência era: auditiva, física ou visual. O

mesmo ocorreu nos itens três e cinco, sendo essas afirmativas, era necessário especificar o tipo de medicamento e doença. Na última interrogativa se o mesmo se deslocasse de outra cidade ou distrito foi assinalado também o tempo aproximado de deslocamento sendo eles: menos de uma hora; entre uma e duas horas ou mais de duas horas. Foram um total de setenta e nove candidatos que participaram da pesquisa.

Quanto ao material de testagem, aplicados durante a avaliação psicológica do trânsito, foram utilizados dois testes para este estudo, sendo eles TEACO-FF e R1. O primeiro trata-se de um teste de atenção concentrada, onde seu objetivo é avaliar a capacidade do candidato em selecionar apenas uma informação frente a vários estímulos distratores, o teste é realizado em um tempo de quatro minutos, possui 500 figuras, sendo 180 estímulos-alvos e 320 estímulos-distratores, são distribuídas em 20 colunas em cada coluna 9 estímulos alvos e 16 estímulos distratores.

O segundo é um teste não verbal que avalia o fator geral da inteligência, fator este constante em todo tipo de atividade intelectual, seu tempo de aplicação é de 30 minutos, o objetivo é avaliar a inteligência de adultos, é composto por 40 itens e as alternativas de respostas varia entre 6 a 8 itens. As primeiras questões do teste são constituídas por uma figura faltando uma parte, onde o candidato deverá completar com uma das alternativas que é apresentada abaixo da figura, deixando-a completa. O teste segue mudando o tipo do raciocínio. Cada item é apresentado em uma página e o candidato marca suas respostas em uma folha de resposta, a aplicação de ambos pode ser coletiva ou individual.

Resultados e Discussão

Algumas das perguntas assinaladas pelos respondentes não obtiveram percentual considerado relevante para a pesquisa, já que os resultados foram inferiores a 5%. Sendo essas as perguntas: Possui algum tipo de deficiência? Faz algum tratamento psicológico? Faz uso de medicamento controlado? Possui algum tipo de doença? e atualmente está com problemas emocionais? Onde nesses itens os candidatos afirmam não estar presente o fator de interferência.

Os candidatos assinalaram no total de 26% afirmando consumir bebida alcoólica e 74% afirmaram não fazer uso. É sabedor de que o álcool além de dificultar a tomada de decisão, também provoca a diminuição das habilidades motoras. Anastasi (2000) cita que o uso de drogas pode sim fazer com que o candidato fique mais suscetível às respostas durante o processo da avaliação psicológica. Tratando-se do item relacionado ao trabalho noturno, apenas 11% afirmaram trabalhar no período da noite, enquanto 89% assinalaram que não. Sugere-se que a privação de sono do candidato eventualmente poderá ter seu peso durante o

momento da testagem. Anastasi (2000). Apenas 20% dos respondentes afirmam sentir cansaço ou fadiga, enquanto os outros 80% afirmam que não. Nunes (2009) fala sobre a atenção, que é uma espécie de filtro absorvendo informações, fazendo com que o indivíduo tome uma decisão ou não.

Quando o cansaço ou a fadiga estão presentes, por consequente o nível da atenção diminui gradativamente. O total de 19% assinalou está sonolento e 81% afirmaram não sentir sonolência. Anastasi (2000) pontua que a privação de sono, acarretando em um estado de sonolência, provoca no examinando uma diminuição da percepção no processo de testagem, afetando claramente o desempenho do indivíduo. 72% dos participantes afirmam se sentir bem alimentados enquanto 28% não se sentiam bem alimentados. Novamente Anastasi (2000) enfatiza que diversos estudos vêm demonstrando a suscetibilidade das respostas dos candidatos em relação a estados temporários, sendo um deles a fome, provocando também um índice baixo de atenção, percepção e memória.

Em relação ao deslocamento até o posto do DETRAN, onde os mesmos realizaram a avaliação psicológica; 49% afirmam vir de outra cidade ou distrito e 51% afirmam ser do local onde foram atendidos. 66% afirmaram que seu tempo de deslocamento até a unidade é inferior a uma hora; 26% afirmaram ser entre uma e duas horas; e apenas 8% afirmaram um total maior de duas horas. É notório que os maiores tempos de deslocamento indicados na pesquisa apresentaram um percentual significativo. Consequenciando em cansaço ou fadiga, sonolência e uma possível má alimentação. Fatores estes que claramente tem demonstrado influenciar diretamente o candidato no momento da testagem.

Como foi citado anteriormente foram realizados dois testes; No teste de atenção concentrada TEACO-FF 80% dos candidatos foram classificados em aptos e 20% inaptos já no teste de inteligência não verbal R1, 70% dos candidatos foram classificados como aptos e 30% inaptos.

Os itens assinalados pelos candidatos no questionário sobre: o uso de bebida alcoólica, 26% dos participantes afirmaram fazer uso de bebida alcoólica. Estar sentindo cansaço ou fadiga foram um total de 20%, sentir-se sonolento 19%, sentir-se bem alimentado, 28% dos participantes afirmam não estar bem alimentado e o tempo de deslocamento até a unidade de testagem, 8% deslocasse em um tempo maior ou igual a duas horas, e 26% entre uma e duas horas de viagem. Apresentando uma porcentagem igual ou aproximada com a porcentagem dos candidatos inaptos na avaliação psicológica. Tanto no teste de atenção concentrada com 20% dos candidatos inaptos como no teste de inteligência com 30% inaptos. Onde os candidatos que assinalaram no questionário a alternativa que indica a presença desses fatores de interferência, foram os mesmos que não obtiveram resultado favorável na avaliação

psicológica. Grande parte dos candidatos que se apresentaram para a realização da avaliação psicológica (um dos requisitos obrigatórios durante o processo de obtenção da Carteira Nacional de Habilitação CNH), no DETRAN, percorreram algumas horas de viagem de sua cidade até o local do exame (DETRAN). Diante deste quadro, típico dos postos do interior, que atendem regionais, e, ainda, frente toda a expectativa gerada pela aquisição da CNH. Compreendemos que fatores, emocionais e/ou físicos, acabam por afetar o desempenho nos exames próprios da avaliação psicológica. Portanto a hipótese foi confirmada de que fatores como: sono, cansaço, fome e ingestão de bebida alcoólica, interferem de forma negativa nos resultados dos candidatos no processo de avaliação.

Considerações finais

Os resultados da pesquisa confirmaram a hipótese inicial de que fatores físicos como: cansaço, fome e privação de sono afetam de forma negativa na obtenção de um resultado favorável do candidato na avaliação psicológica. Sendo que, para chegar a essa conclusão foi avaliado o percentual das respostas do questionário que sugeriam o desfavorecimento de um resultado satisfatório (apto) no processo da avaliação psicológica e o percentual dos testes psicológicos realizados na mesma. Assim por meio dessa pesquisa foi possível obter uma melhor compreensão sobre os aspectos que interferem no momento de testagem do candidato, contribuindo com a atuação dos profissionais da área e futuros pesquisadores que venha a ter interesse pela mesma.

Realizar uma pesquisa na área da avaliação psicológica no trânsito foi desafiador e gratificante, pois tratar de um tema que, atualmente, ainda é pouco discutido e com pouco material na área requer uma pesquisa minuciosa, afinal a pesquisa além de possuir o cunho investigativo, foi exploratória. A gratificação vem gradativamente com a aquisição do conhecimento e o início da familiarização com o assunto, assim também por contribuir com o meio acadêmico com um trabalho nessa área, facilitando a compreensão sobre o assunto. O resultado final apresentou-se de forma positiva, pois pode-se compreender a interferência de aspectos externos nos processos psicológicos individuais como concentração, atenção e elaboração mental geral dos candidatos durante a testagem. Deixando a indagação se já não é chegado o momento de reavaliar o manejo do processo de atendimento nos postos para os candidatos que se desloca de outras cidades ou distritos para a avaliação psicológica, afim de que se tenha um atendimento adequado para os mesmos.

Referências Bibliográficas

ALVES, I.C.B. **R1: Teste não verbal de inteligência – Manual**. São Paulo. Vetor, 2002.

ANASTASI, A; URBINA, S. **Testagens Psicológicas**. Porto Alegre. Artes Médicas,2000.

NUNES, B, A. I. **Psicologia da aprendizagem: processos, teorias e contextos**. Brasília. Líder Livro, 2009.

RUEDA, Fabián J. M. & SISTO Fermino F. **Teste de Atenção Concentrada – TEACOFF**. São Paulo. Casa do Psicólogo, 2009.

Saúde mental no Brasil, caminhos e desafios: uma visão sobre os efeitos da Reforma Psiquiátrica

Ray Leandro Araújo¹²

Valdemiro Gomes dos Santos Neto¹³

Carla Carolina Monteiro Nascimento¹⁴

Resumo

O percurso para a disseminação e implantação da Reforma Psiquiátrica no Brasil foi longo, e dispõe de inúmeros enfrentamentos que pouco a pouco foram capazes de desencadear transformações nas práticas em saúde, nos valores socioculturais da vida cotidiana e nas instituições. A política de Saúde Mental vigente em nosso país, representa uma verdadeira conquista para seus usuários. Esta pesquisa tem como objetivo realizar uma releitura dos fatos ocorridos do percurso de implantação da reforma Psiquiátrica e as políticas de saúde mental, na tentativa de compreender, expor e discutir os acontecimentos históricos que marcaram e sucederam a implantação das políticas em saúde mental em todo o Brasil. O que possibilitou uma forte e considerável compreensão sobre a temática, levando a entendimento sobre novos contextos enfrentados. Este artigo tem por base metodológica uma revisão de bibliografia de pesquisas e documentais.

Palavras-Chaves: Políticas Públicas em Saúde. Saúde Mental. Reforma Psiquiátrica

Introdução

A Reforma Psiquiátrica no Brasil, instaurada por volta dos anos 70 e impulsionada pelos movimentos sanitaristas, configurou-se como uma forte corrente modificadora de ideologias, sobretudo paradigmas hegemônicos vigentes na sociedade em relação aos cuidados para com pessoas com transtornos mentais. Tal Reforma tem como objetivo promover a transformação dos modelos asilares de atenção e cuidados em saúde em todo o território brasileiro, bem como a mudança dos leitos de internação por novos modelos substitutivos de atenção à saúde mental.

A política de Saúde Mental que temos em nosso país, é fruto deste longo processo histórico, e representa uma verdadeira conquista para os usuários que dela necessitam. Mostrase um campo abrangente e dotado de humanização em suas práticas e cuidados, porém não isento de acometidas dificuldades e debilidades. Para chegarmos a tal compreensão da estruturação das políticas de saúde e mais especificamente as políticas em saúde mental em

¹² Graduado em Psicologia pela Faculdade Luciano Feijão – Sobral/CE, Especialista em Saúde Pública e Saúde da Família pela Faculdade Kurios, FAK – Fortaleza/CE; Pós-graduando em Saúde Mental pela Faculdade de Quixeramobim, UNIQ – Quixeramobim/CE. E-mail: rayaraujo.psi@gmail.com

¹³ Graduado em Psicologia pela Faculdade Luciano Feijão – Sobral/CE. Pós-graduando em Saúde Mental pela Faculdade de Quixeramobim UNIQ – Quixeramobim/CE. E-mail: valdemiro.neto@hotmail.com

¹⁴ Graduada em Psicologia pela Faculdade Luciano Feijão – Sobral/CE, Especialista em Saúde Pública e Saúde da Família pelo Instituto de Formação Superior, IFESC – Sobral/CE. E-mail: carlamonteiro.psi@outlook.com

nosso país, se faz necessário rememorar o trajeto percorrido até os dias atuais, isto é, dos acontecimentos considerados como relevantes para a constituição e formulação de suas estratégias de cuidado e enfrentamento de tais questões.

Metodologia

Para tal, esta pesquisa propõe realizar uma releitura dos fatos ocorridos desde para a implantação da Reforma Psiquiátrica e as Políticas de saúde mental, na tentativa de compreender, expor e discutir os acontecimentos históricos que marcaram e sucederam a implantação das políticas em saúde mental em todo o Brasil. E teve como base metodológica a Revisão Bibliográfica de documentais e periódicos disponíveis em bancos dos sites, Google Acadêmico, Scielo e BVS. Que segundo Noronha; Ferreira (2000, p.192), a revisão bibliográfica “propicia ao pesquisador tomar conhecimento, em uma única fonte, do que ocorreu ou está ocorrendo periodicamente no campo estudado, podendo substituir a consulta a uma série de outros trabalhos”. Para seleção dos artigos foram utilizados os seguintes descritores: Reforma Psiquiátrica no Brasil e Políticas Públicas em Saúde Mental. Assim, foram encontrados um total de vinte e quatro trabalhos. Dentre estes, foram descartados os trabalhos que não contribuíam de forma alguma com a pesquisa, isso por considerar a abrangência temática dos mesmos. Encerramos o levantamento com um número de quatorze trabalhos. Após revisar todo o conteúdo dos trabalhos selecionados, sucedeu-se uma discussão sobre a temática escolhida, articulando os principais autores e suas principais ideias. É importante deixar claro, que esta pesquisa não se propõe a esmiunçar todos os aspectos inerentes sobre tal temática, considerando que são muitas as questões a serem apontadas, explicitando nesta apenas aquilo que consideramos pertinentes para o alcance dos objetivos propostos.

Resultados e Discussão

A Reforma Psiquiátrica no Brasil foi um momento fundante não somente para muitas das construções acerca da saúde, mas sim para a quebra de paradigmas desde muito tempo implantados socialmente a respeito da internação de pessoas com transtornos mentais em hospícios e manicômios – lugar de louco é no manicômio. Tal Reforma abre espaço para se pensar em novos mecanismos ou estratégias para o cuidado, equidade e oferta de serviços dignos para estes sujeitos, configurando-se então como um processo político social, composto de diversos atores e apoiadores institucionais de diversos fins. (Brasil, 2005).

As instâncias como Governo Federal, Estadual e Municipais, muito embora fossem poucos os que lutavam pela causa, juntamente com diversos universitários, sindicalistas dentre outros da sociedade civil, construíram o corpo desta reforma. A grande reforma é para todo um aglomerado de pensamentos, ideologias que se interligavam em favor do cuidado para com

as pessoas com transtornos mentais, para que não se sujeitassem a condições desumanas em hospícios, mas tivessem um atendimento digno e que permanecessem no convívio social e comunitário. Sendo assim, tal movimento estruturava-se como um “conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais” (Brasil, 2005, p.06).

A inauguração do primeiro CAPS no Brasil na cidade de São Paulo em 1986, a regulamentação dos direitos das pessoas com transtornos mentais iniciada pelo deputado Paulo Delgado em 1989 e sancionada no ano de 1992 constituíram marcos para a extinção dos manicômios no país e o início para a luta antimanicomial. Essas conquistas impulsionaram um novo rumo para o processo da Reforma, o que acabou reverberando numa intensa produção de novo contexto legislativo e das exigências e anseios da III Conferência Nacional de Saúde Mental. Desta maneira, “a política de saúde mental do Governo Federal, alinhada com as diretrizes da reforma psiquiátrica, passa a consolidar-se, ganhando maior visibilidade”. (BRASIL, 2005). Novas linhas de financiamento específico passam a ser criadas pelo próprio Ministério da Saúde, referenciando os serviços de base substitutiva aos hospitais psiquiátricos, criando também uma fiscalização, bem como a progressiva redução dos leitos psiquiátricos em todo o território brasileiro.

A articulação proporcionada pela Reforma Psiquiátrica ao âmbito da saúde pública no Brasil na década de 70 e 80, impulsionaram a criação de novas estratégias para a garantia de direitos, assim como a instituição de políticas públicas em saúde mental. Compreendido como um processo envolto de entraves, porém mediador de cuidados aos sujeitos portadores de transtornos mentais, principalmente aqueles que tiveram percurso longo e intenso dentro das instalações asilares. Entretanto, podemos constatar a partir de Amarante (1995) citado por Zambenedetti e Azevedo (2008), que um dos maiores efeitos ocasionados pela implantação da reforma psiquiátrica dentro do território brasileiro foi o processo de desinstitucionalização de pessoas com transtornos mentais que tinha um longo histórico de internações e o início para um forte processo de luta antimanicomial. Processo este que repercute na redução dos leitos em hospitais psiquiátricos, e no planejamento de novas formas de acolher estes indivíduos “desinstitucionalizado” no seio da sociedade.

O desenvolvimento da pesquisa nos proporcionou constatar que a reforma psiquiátrica brasileira está diretamente relacionada a saúde mental, que estas duas temáticas são quase que indissociáveis. Que Segundo Hirdes, (2009) “nota-se que na reforma psiquiátrica brasileira, nas últimas décadas, houve uma intercalação de momentos de intensificação das discussões e de nascimento de novos serviços e programas” o que constituiu novas políticas de saúde mental aos indivíduos. A Reforma Psiquiátrica no Brasil é correspondente a um movimento transformador dos contextos desumanos de hospitais psiquiátricos, que se

estabeleceu e foi propagou-se ao longo dos anos. Que a falta de investimentos financeiros, a pouquíssima produção de recursos humanos comprometidos com a temática de saúde mental, bem como, os deslizes e enfraquecimento dos serviços em rede assistencial dentro dos municípios e outras instâncias por consequência dos mesmos, configuram-se como os maiores desafios para a Reforma na atualidade. No entanto, existe grande investimento político e cultural para a quebra ou mesmo desmonte de paradigmas existentes dentro do cotidiano social, frente aos considerados “loucos”, e a expectativa de que os serviços cheguem a oferta e cobertura integral de seus usuários.

Considerações Finais

Com base ao exposto, concluímos que a implantação da Reforma Psiquiátrica no Brasil desencadeou uma revolução no cenário da saúde mental no país. Levando a produção de novos ideais e estratégias para o cuidado de pessoas com algum tipo de transtorno mental, que não fosse o despejo em hospitais psiquiátricos ou manicômios. Tal movimento sociopolítico, foi capaz de progressivamente diminuir o número e mesmo eliminar os leitos psiquiátricos em quase todo o território nacional. A criação das políticas de saúde mental, consequência da implantação da reforma, estabelece um novo tempo, um novo paradigma sobre a questão do louco. Comparamos tudo isso, a uma troca de paradigmas, que antes estava centrado na noção de escória e estigma social, para uma noção de indivíduos/pessoas que precisam de cuidados diferenciados de acordo com suas necessidades.

Concluímos que, em se tratando da reforma, das políticas de saúde mental, dos dispositivos substitutivos, da rede de assistência à saúde mental, bem como os profissionais que a integram, tudo está interligado numa estrutura que necessita ser discutida, revisada, atualizada e repensada a cada instante, para que os conhecimentos não fiquem ultrapassados perante as diversas novas situações, entendendo que os contextos vão se modificando com o passar do tempo, e por isso, da mesma forma o conhecimento precisa ser aprimorado.

Referências Bibliográficas

AMARANTE P. D. C. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 24, n°4, p. 941-943, abr. 2008.

AMARANTE, P. D. C. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz.

BRASIL. 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 - 2ª ed. rev. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à Saúde (2005). Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 depois de caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde (2001). CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL: **Caderno informativo**, Secretaria de assistência à saúde, Conselho Nacional de Saúde. Ed. 1. Série D, nº. 15, Brasília - DF, 2001

BRASIL. Ministério da Saúde (2005). CONFERENCIA REGIONAL DE REFORMA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no brasil**: 15 anos depois de Caracas. Ministério da Saúde, Brasília/DF, nov. 2005.

Brasil. Ministério da Saúde (2001). CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL: **Cuidar, sim, excluir, não**. Caderno informativo, Secretaria de assistência à saúde, conselho nacional de saúde. ed. 1, série D. nº. 15. Brasília/DF. 2001.

DIMENSTEIN, M. D. B. **Subjetividade e práticas institucionais**: a reforma psiquiátrica em foco/ Apresentação. Rev. Vivencia, v. 32, nº. 1, p.53-81, 2007.

ELIAS, Emerson M. **Os CAPS e seus trabalhadores: no olho do furacão antimanicomial**. Alegria e alívio como dispositivos analisadores. In. Revista Saúde Coletiva. 2004

HIRDES, Alice. **A reforma psiquiátrica no Brasil**: uma (re) visão. Ciência & Saúde Coletiva, v.1 n.14, 297-305, 2009

LUCCHESI, Patrícia T. R. et al. **Políticas públicas em Saúde Pública**. São Paulo: BITEMEOPASOMS, 2004.

MÂNGIA, E. F.; MURAMOTO, M. **Integralidade e construção de novas profissões no cotidiano dos serviços substitutivos de saúde mental**. In: Revista de Terapia Ocupacional, v. 17, n.3, set-dez, 2006.

MERHY, Elias E. **Os CAPS e seus trabalhadores: no olho do furacão antimanicomial**. Alegria e alívio como dispositivos analisadores. Tese de doutorado, Curso de Pós em Saúde Coletiva no DMPSUNICAMP, 2003.

MOURA, Joviane. A. **História da Assistência à saúde Mental no Brasil: da Reforma Psiquiátrica à construção dos mecanismos de Atenção Psicossocial**. In Rev. Psicólogo Artigos, Junho de 2011.

YASUI, S.; COSTA-ROSA, A. **A estratégia atenção psicossocial**: desafio na prática dos novos dispositivos de saúde mental. In. Saúde debate, Rio de Janeiro, v. 32, n. 78/79/80, p. 27-37, jan./dez. 2008.

ZAMBENEDETTI, Gustavo; AZEVEDO, Rosane. **A noção de rede nas reformas sanitária e psiquiátrica no Brasil**. In. Rev. Psicologia em revista, Belo Horizonte, V. 14, n. 1, p. 131-150, jun.2008

ZAMBENEDETTI, Gustavo; PERRONE, Cláudia M. **O processo de construção de uma rede de atenção em saúde mental**: desafios e potencialidades no processo de reforma psiquiátrica. In. rev. de saúde coletiva, Rio de Janeiro, v.18, nº 2, pp. 277-293, 2008.

Avaliação dos comprometimentos cognitivos em adolescente com epilepsia focal: um estudo de caso

Igor Weyber da Silva Ramos¹⁵

Lana Sobral de Oliveira¹⁶

Cristiane Maria Gondim Vasconcelos¹⁷

^{1,2,3} Curso de Psicologia da Universidade de Fortaleza (UNIFOR).

Resumo

A Avaliação Neuropsicológica dentro do processo de psicodiagnóstico visa à investigação de hipóteses relacionadas a fenômenos psíquicos, e comportamentais. Ela investiga desde processos cognitivos e de inteligência, aos aspectos emocionais e motores, reconhecendo a via de mão dupla existente na relação entre cérebro e comportamento. Atualmente a avaliação neuropsicológica é muito utilizada na investigação e acompanhamento de lesões, da evolução de doenças neurológicas como Alzheimer e Parkinson, mas também há muitas demandas para a investigação de dificuldades de aprendizagem relacionadas ou não a transtornos neurológicos, como no caso da epilepsia focal e sua repercussão no desempenho escolar. Sendo assim, este estudo é pautado nos resultados de uma avaliação neuropsicológica de um adolescente com diagnóstico de epilepsia focal em um Serviço de Prática Psicológica de uma Universidade Privada do Estado do Ceará, visando investigar possíveis aproximações entre aspectos cognitivos e desempenho escolar do examinando. Para tanto, foram utilizadas técnicas de rastreio e aplicado testes de inteligência, personalidade e estresse. Os resultados foram contrastados com o aparato teórico de pesquisas clássicas e recentes na área. Como resultados não foram detectados índices de estresse interferindo na qualidade de vida do examinando, porém, o teste de inteligência padrão apontou para índices médios inferiores e inferiores para a compreensão verbal, memória operacional e velocidade de processamento. Em conclusão, se deu como importante as entrevistas iniciais para uma melhor investigação da rotina do examinando e da história de vida para uma efetiva intervenção e compreensão dos resultados.

Palavras-chave: Avaliação psicológica. Epilepsia focal. Desempenho escolar.

Introdução

O psicodiagnóstico é um processo de avaliação psicológica dentro do contexto clínico, em um tempo limitado, no qual se pretende uma investigação dos fenômenos psicológicos e os aspectos envolvidos nestes. Possui caráter interventivo e visa um diagnóstico. Para tanto ele se constitui por meio de entrevistas e o uso de instrumentos, bem como de um embasamento

¹⁵ Graduando em Psicologia pela Universidade de Fortaleza. Atualmente estagiário de Psicologia Hospitalar do Hospital Geral César Cals, pesquisador voluntário no Hospital Infantil Albert Sabin, e estagiário da Comissão de Orientação e Fiscalização do Conselho Regional de Psicologia da 11ª região.

¹⁶ Graduanda em Psicologia pela Universidade de Fortaleza. Atualmente Monitora da disciplina de Neurociências e Psicologia (2017-2018).

¹⁷ Docente do curso de Psicologia da Universidade de Fortaleza. Psicóloga (CRP 11/00439) e Mestre em Psicologia pela UNIFOR. Experiência e pesquisa com ênfase nas áreas de psicanálise e avaliação psicológica.

teórico que estruture a condição avaliada, podendo estar sujeito a encaminhamentos (KRUG; TRENTINI; BANDEIRA, 2016).

Cunha (2007) aponta com uma das especialidades do psicodiagnóstico a avaliação neuropsicológica como uma forma de melhor analisar, compreender e estudar as equações resultantes da relação cérebro e comportamento. Cabe nessa perspectiva também avaliar os padrões de desempenho do examinando, clarificando e trabalhando nas forças e fraquezas.

De acordo com Malloy et al. (2010) a avaliação neuropsicológica se propõe a investigar os processos comportamentais e cognitivos, como atenção, memória, linguagem, raciocínio e percepção. Por meio das técnicas de entrevistas e a utilização de instrumentos, baseados nas características descritivas, compreensiva e/ou interventiva.

Luna-Lario, Seijas-Gómez e Carnés-Vendrell (2014) esclarecem que muitas patologias neurológicas tratadas pelos profissionais médicos afetam também aspectos cognitivos, deteriorando funções superiores e gerando deficiências significativas. Nesse sentido, se percebe rotineiramente a prevalência de demandas médicas nos serviços públicos, sociais e comunitários, solicitando avaliações para fins diagnósticos, buscando melhor compreender possíveis prejuízos funcionais nas habilidades e capacidades cognitivas.

São frequentes demandas de crianças, adolescentes e adultos com epilepsia que chegam aos serviços buscando uma clarificação da patologia, bem como a fim de compreender seus prejuízos para o sujeito. A epilepsia se classifica não apenas como uma doença, mas sim um grupo de doenças que se caracterizam fundamentalmente por crises epiléticas causadas por descargas “elétricas sincrônicas, excessivas e anormais das células nervosas” (OLIVEIRA et al, 2010, p. 210), interferindo assim em funções cognitivas, comportamento, consciência e/ou movimento.

Segundo Mader (2001), os pacientes portadores de epilepsia queixam-se frequentemente de dificuldades em processos como memória, atenção e raciocínio, evidenciando uma correlação entre os indícios desta patologia neurológica e os aspectos do funcionamento cognitivo. Hermann e Saidenberg (2007) relatam que a epilepsia crônica traz consigo comorbidades de ordem neuropsicológica, e em complemento Brunbech et al (2002) apresentam o uso das drogas antiepiléticas como fator contribuinte na alteração da cognição.

Metodologia

O presente trabalho foi realizado em um Serviço de Práticas Psicológicas de uma Universidade Privada no Estado do Ceará, em que se realizou um processo de avaliação neuropsicológica em um adolescente com diagnóstico de epilepsia focal. O processo foi estruturado em onze sessões, sendo duas entrevistas iniciais para obtenção de dados sobre o

examinando e as entrevistas seguintes para utilização de instrumentos objetivando verificar as hipóteses levantadas nas entrevistas.

SÍNTESE DO CASO: O examinando, ao qual chamaremos de Eduardo (nome fictício), 15 anos, 9º do ensino fundamental em escola pública, chegou ao primeiro atendimento acompanhado de sua mãe, apresentando uma variedade de queixas, tais como, epilepsia, dislexia e enxaqueca. Relatam que os diagnósticos se encontram abertos, sem um parecer definitivo, com exceção o de epilepsia, visto que em seu histórico apresentou aos 11 meses de vida as primeiras convulsões acompanhadas de febre, como relata sua mãe ao esclarecer que o processo terapêutico para o controle das crises epiléticas de Eduardo se pautaram no uso de medicamentos como Gardenal (fenobarbital) na maior parte de sua infância, e agora aos 15 anos, faz o uso de Depakote 500mg (divalproato de sódio).

A bateria escolhida para avaliar Eduardo contou com os seguintes instrumentos e técnicas: como técnica de rastreio, objetivando investigar se o examinando possui aspectos de inteligência e motores de acordo com sua idade real, ou se o mesmo se apresenta inferior foi utilizado o Teste R-2 para avaliação da inteligência e o Teste Gestáltico Visomotor de Bender – SPG, para investigações de aspectos motores. Para verificação de possíveis aspectos de estresse realizamos a aplicação da Escala de Estresse Adolescente – ESA. E para a avaliação de aspectos da personalidade e expressão foi realizado a aplicação dos testes Desenho de Família, Casa- árvore- pessoa (HTP) e a Escala de Autoconceito Infanto-Juvenil (EACIJ). Realizamos a aplicação do WISC-IV para avaliação de processos psicológicos como compreensão verbal, organização perceptual, memória operacional e velocidade de processamento. Para o desenvolvimento do presente artigo foi realizada uma revisão da literatura acerca das epilepsias e seus possíveis comprometimentos neurológicos

Resultados e Discussão

O examinando obteve um resultado muito superior no teste R-2 utilizado como técnica de rastreio e apresentou um perfil esperado quanto à maturidade percepto-motora avaliada no Bender – SPG, nos possibilitando inferir que o examinando provavelmente se encontra no seu plano padrão de inteligência e desenvolvimento motor.

A Escala de Estresse Adolescente – ESA evidencia ausência de estresse na qualidade de vida. Os resultados do teste Desenho de família indicam uma inibição da expansão vital com uma tendência a introversão, bem como inibição dos instintos, timidez e doçura. A Escala de Autoconceito Infanto-Juvenil – EACIJ indica uma imparcialidade diante de situações geradoras de medo, preocupações e problemas, estando bem consigo mesmo. No contexto escolar, percebeu-se uma relação mediana quanto as suas relações interpessoais. No contexto

familiar, se percebe uma relação satisfatória com os pares, bem adaptado as exigências do lar e com um relacionamento de confiança e lealdade. No HTP, percebem-se sentimentos de regressão e dependência, insegurança e retraimento. Mostra uma dependência em relação à figura da mãe, onde ele encontra fortaleza. Leves indícios de fantasia, que podem estar relacionados ao desejo e retorno a antiga cidade natal.

Na aplicação do WISC – IV para avaliação de Compreensão Verbal (CV), Organização Perceptual (OP), Memória Operacional (MO) e Velocidade de Processamento (VP) se obtiveram os seguintes resultados:

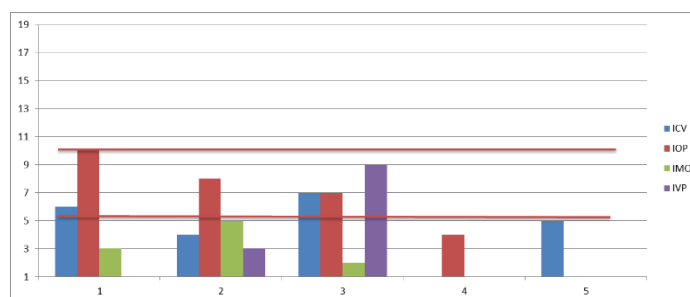


Imagem 01: Resultados representativos do WISC IV.

Os resultados evidenciados na imagem 01 representam uma pontuação média, média inferior e inferior nos subtestes de organização perceptual (vermelho). Em velocidade de processamento (roxo), os resultados obtidos mostraram médio inferior e inferior. Nos subtestes de compreensão verbal foi possível perceber um nivelamento, entre índice médio inferior e inferior (azul). E para a memória operacional (verde), foi possível perceber através dos resultados desse teste e das análises clínicas um baixo rendimento quanto à memória operacional, tendo resultado inferior.

Verificou-se que existem funções como memória operacional, compreensão verbal e velocidade de processamento que aparecem em déficit, visto a inferioridade nos testes. No entanto não se observou danos e atrasos mentais ou cognitivos significativos.

Segundo Kandel (2014) as crises focais iniciais geralmente são chamadas de auras, que aparecem na forma de manifestações de sintomas como: medo, mal-estar no abdômen. De forma geral sensações anormais. “A aura é causada por atividade elétrica originada do foco epileptogênico e, portanto, representa a primeira manifestação de uma crise focal” (KANDEL, 2014, p.972).

Como aponta Kandel (2014) nas crises focais nem sempre há perda de consciência, ela se inicia em um foco ou grupo de neurônios específicos que de acordo com a região do foco, resultará em alguma manifestação sintomática. As crises focais podem se espalhar para outras regiões do encéfalo e levar a perda de consciência, desse modo são chamadas de crises focais com generalização secundária.

De acordo com Quesada (2007) é de extrema importância além de se avaliar os supostos déficits cognitivos em um processo de intervenção também ter conhecimento das variáveis que possam estar influenciando as funções comportamentais e cognitivas dos examinandos. Alguns estudos revelam a relação entre Drogas Antiepilépticas e prejuízos cognitivos, principalmente quando o uso destes é nos primeiros três anos de vida. Entre estes fármacos estão os barbitúricos, um deles é o fenobarbital. O uso dessas drogas pode causar déficits em funções como velocidade psicomotora, atenção, vigília e memória. A epilepsia além de crises recorrentes, também apresenta manifestações cognitivas e comportamentais, bem como psicossociais e adaptativos.

Tais comprometimentos cognitivos são passíveis de mudanças, visando um aprimoramento de tais funções para uma melhor qualidade de vida e desempenho no dia a dia. Uma das formas de intervenção utilizadas também nesses casos é a chamada Reabilitação Cognitiva.

Considerações Finais

No contexto da Avaliação psicológica, bem como do psicodiagnóstico (avaliação neuropsicológica) é recorrente demandas de ordem médicas com queixas por patologias neurológicas contrastados com queixas escolares. No presente caso ficou evidente que os testes têm a função de verificar hipóteses e identificar aspectos referentes à demanda, no entanto as entrevistas além da anamnese podem fornecer informações mais precisas além da queixa principal, como histórico, rotina, percepções, e isso deverá ser levado em consideração dentro de um parecer final. O histórico de vida de um paciente possui grande valia e é de suma importância para que se evitem erros por omissão de informações, por negligência.

Visto que muitas crianças e adolescentes, mesmo sem transtornos que justifiquem, encontram dificuldades de aprendizagem, apontamos para a necessidade de criação de programas de estimulação nas escolas que possam trabalhar principalmente as dificuldades com foco o desenvolvimento de habilidades.

Referências Bibliográficas

BRUNBECH, L. & SABERS, A. DRUGS. **Effect of Antiepileptic Drugs on Cognitive Function in Individuals with Epilepsy**. Springer International Publishing, Volume 62, Issue 4, pp 593–604, 2002.

CUNHA, Jurema Alcides. **Psicodiagnóstico – V**. Porto Alegre: Artmed, 2007.

HERMANN, B. SEIDENBERG, M. **Epilepsy and Cognition**. *Epilepsy curr.* Jan; 7(1): 1–6, 2007. doi: 10.1111/j.1535-7511.2007.00151.x

HUDSPETH, A.J. **Princípios de Neurociências**. - 5ª edição. Porto Alegre: AMGH, 2014.

KANDEL, Eric; SCHWARTZ, James; JESSEL, Thomas; SIEGELBAUM, Steven;

KRUG, J. S; TRENTINI, C. M; BANDEIRA, D. R. Conceituação de psicodiagnóstico na atualidade. In: C. S. HUTZ, D. R. BANDEIRA, C.M. TRENTINI, & J.S. KRUG. (Org.). **Psicodiagnóstico**. Porto Alegre, RS: Artmed, pp.16-20, 2016.

LUNA-LARIO, P. SEIJAS-GÓMEZ, R. CARNÉS-VENDRELL, A. **Papel del neuropsicólogo en los servicios de neurología**: estudio descriptivo de los usuarios de la consulta especializada de evaluación neuropsicológica del Complejo Hospitalario de Navarra en su primer año de funcionamiento. **Rev Neurol**, 59 (12), p. 529-536, 2014.

MADER, Maria Joana. **Avaliação neuropsicológica nas epilepsias: importância para o conhecimento do cérebro**. **Psicol. cienc. prof.** vol.21 no.1 Brasília Mar. 2001.

MALLOY-DINIZ, L. F. et al. **Avaliação Neuropsicológica**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

OLIVEIRA, E. P. M; NERI, M. L; MEDEIROS, L. L; GUIMARÃES, C. A; GUERREIRO, M. M. **Avaliação do desempenho escolar e praxias em crianças com Epilepsia Rolândica**. **Pró-Fono Revista de Atualização Científica**. 22(3), Jul-Set, 209-14, 2010.

QUESADA, Andrea Amaro. **Avaliação Neuropsicológica Verbal versus Não-Verbal de Crianças com Epilepsia**. Universidade de Brasília: Instituto de Psicologia, 2007.

A psicologia hospitalar no contexto da pediatria: perspectivas de atuação

Patricia Cysne Augusto Maia¹⁸

Luana Nascimento Pinheiro¹⁹

Liana Albano Cavalcante²⁰

Igor Weyber da Silva Ramos²¹

Teresa Cristina Monteiro de Holanda²²

^{1,2,3,4,5} Curso de Psicologia da Universidade de Fortaleza (UNIFOR).

Resumo

O campo da Psicologia Hospitalar é marcado historicamente pelos novos parâmetros conceituais da existência humana que embasa a atuação do profissional psicólogo no âmbito hospitalar. Essa área toma como princípios básicos o bem-estar e a melhoria na qualidade de vida sob a ótica do papel humanista do psicólogo dentro do hospital. No campo da Pediatria o processo de adoecimento de crianças perpassa relações com sintomas de transtornos comportamentais e/ou psicológicos em crianças hospitalizadas. Em torno disso, este trabalho foi desenvolvido com base em pesquisas bibliográficas a fim de investigar e descrever as contribuições da Psicologia Hospitalar no campo da Pediatria. O psicólogo hospitalar na pediatria busca minimizar o sofrimento advindo no processo de hospitalização e auxiliar o paciente a ultrapassar essa experiência, validando suas emoções e promovendo uma elaboração simbólica do adoecimento. A partir de estratégias lúdicas e do brincar fornece informações pertinentes do tratamento e da doença, e permite a livre expressão das emoções proporcionando à criança autonomia para demonstrar seus sentimentos e atividade no processo. Em torno disso, o atendimento em pediatria requisita uma atuação específica voltada para as particularidades lúdicas da criança, favorecendo a livre expressão de sentimentos e estratégias de enfrentamento diante do adoecimento, da hospitalização e dos tratamentos.

Palavras-chave: Psicologia Hospitalar. Pediatria. Intervenção.

Introdução

A inserção do psicólogo no contexto hospitalar marca um novo parâmetro de visibilidade e possibilidade de atuação do psicólogo no contexto da saúde pública, a partir da aquisição de conceitos como morte, hospitalização, adoecimento, que buscam a compreensão e o trato com as formas de existência humana (ANGERAMI-CAMON, TRUCHARTE, KNIJNIK E SEBASTIANI, 2003). Seu contexto histórico é marcado pela iniciativa de

¹⁸ Graduanda em Psicologia pela Universidade de Fortaleza.

¹⁹ Graduanda em Psicologia pela Universidade de Fortaleza.

²⁰ Graduanda em Psicologia pela Universidade de Fortaleza. Monitora Voluntária no ano de 2017 da disciplina de Psicologia Hospitalar da UNIFOR. Atualmente estagiária de Psicologia Hospitalar no Hospital Waldemar de Alcântara, Fortaleza/CE.

²¹ Graduando em Psicologia pela Universidade de Fortaleza. Monitor Voluntário no ano de 2017 da disciplina de Psicologia Hospitalar da UNIFOR. Atualmente estagiário de Psicologia Hospitalar do Hospital Geral César Cals, pesquisador voluntário no Hospital Infantil Albert Sabin, e estagiário da Comissão de Orientação e Fiscalização do Conselho Regional de Psicologia da 11ª região.

²² Psicóloga (CRP 11/00220). Mestre em Saúde Pública pela UFC, especialista em Psicologia Clínica e Psicologia Hospitalar pelo CFP. Graduada em Psicologia pela UFC. Professora da UNIFOR e pesquisadora nas áreas de Psicoterapia Breve, Psicologia da Saúde e Psicologia Hospitalar.

profissionais, pela demanda da população e das instituições, enfrentando dificuldades de ocupação do espaço, tendo em vista a resistência da população na existência de um profissional de saúde mental em um espaço de adoecimento físico (PORTAL EDUCAÇÃO, 2012).

Levando em consideração seu caráter preventivo das influências emocionais no processo de adoecimento, e seus princípios básicos de bem-estar e melhoria na qualidade de vida, o psicólogo hospitalar deve estar embasado em uma filosofia humanista, que considere o indivíduo em sua totalidade, expandindo assim seu campo de atuação para além do contexto clínico (PORTAL EDUCAÇÃO, 2012).

O psicólogo adentra o hospital com a função de humanizar a internação do paciente e compreender os aspectos emocionais envolvidos nos processos de hospitalização e adoecimento. Especificamente no acompanhamento de crianças em estado de hospitalização, colabora no asseguramento do desenvolvimento sadio e pleno, a partir de estratégias e intervenções adequadas que possibilitem avaliação, a partir da oportunidade de brincar e aprender (SOUZA et al, 2009).

De acordo com Dias, Baptista e Baptista (2017), observa-se no decorrer da prática em Psicologia Hospitalar Pediátrica que crianças com diferentes quadros de adoecimento e com período de internação superior a cinco dias apresentam maior propensão a desenvolver sintomas de transtornos comportamentais e/ou psicológicos que comprometem a recuperação do seu quadro, estendendo assim, o período de internação, que por si só compromete a integridade física e os processos de desenvolvimento mental.

O ambiente hospitalar pode ser um eliciador de modificações do comportamento aos pacientes que se encontram no período de internação. Nessa situação, é possível ocorrer no sujeito diversas sensações e sentimentos que podem ser justificadas pelo receio com os procedimentos médicos, a restrição de interação com seu âmbito familiar, mudança de sua rotina, incerteza sobre a melhora ou cura e temor pela morte, resultando em uma vulnerabilidade e passividade pela dependência dos cuidados médicos ou de terceiros (BAPTISTA e DIAS, 2017).

Algumas atividades lúdicas são direcionadas as crianças no intuito de promover espaço de expressão de seus sentimentos. A falta desse recurso nas instituições hospitalares também pode ser um eliciador de sofrimentos psíquicos (FURTADO, 2003).

No presente artigo, temos como objetivo delinear um compilado de referenciais que versam sobre a Psicologia Hospitalar Pediátrica e compreender sua atuação na área a partir das diversas possibilidades técnicas, dentre elas o brincar, utilizadas para o desenvolvimento terapêutico de crianças em estado de internação e adoecimento.

Metodologia

O presente trabalho foi desenvolvido com base em pesquisas bibliográficas clássicas e contemporâneas a partir de fontes como livros, artigos e manuais, a fim de investigar e descrever as contribuições existentes na literatura sobre a atuação do psicólogo hospitalar no contexto pediátrico. Os materiais versam sobre o contexto histórico da Psicologia Hospitalar, sobre a atuação do psicólogo em contexto hospitalar no âmbito da pediatria, sobre o adoecimento de crianças e suas consequências e sobre propostas de intervenções no acompanhamento das crianças hospitalizadas.

Resultados e Discussão

O processo de hospitalização acarreta consequências que demandam do acompanhamento psicológico no âmbito hospitalar. Segundo Camon (2004) a Psicologia Hospitalar tem como objetivo principal minimizar o sofrimento advindo no processo de hospitalização. Simonetti (2004) pontua que o psicólogo hospitalar busca auxiliar o paciente a ultrapassar essa experiência, validando suas emoções e assim promovendo uma elaboração simbólica do adoecimento. No ambiente pediátrico a atenção não pode ser diferente. As crianças podem apresentar desconforto e sofrimento por conta dos procedimentos invasivos, da mudança de rotina e por conta da própria hospitalização.

De acordo com Furtado (2003), o processo de adoecimento e hospitalização acarreta comprometimentos no âmbito do sistema familiar, social e educacional da criança acometida, afetando sua integridade e podendo comprometer o desenvolvimento emocional. A equipe de saúde, sobretudo o psicólogo, deve ser guiada pelo intuito de minimizar o sofrimento da criança, a partir do princípio da promoção de saúde, tornando a criança ativa dentro do processo de hospitalização e da doença. Nesse sentido, é papel do psicólogo a humanização do tratamento e a ação junto a criança, a família e a equipe, sensibilizando os demais profissionais e orientando a busca efetiva no trato com a integridade física, emocional e social. No atendimento à criança hospitalizada é necessário que o psicólogo observe o impacto emocional da internação, compreendendo esse fenômeno a partir da ótica da criança e da família. A hospitalização propicia o afastamento da criança aos entes queridos, gerando diversos sentimentos que comprometem fatores relacionados ao tratamento e a hospitalização (NIGRO, 2004).

Chiatonne (2000) ressalta que a atuação do psicólogo nesse contexto pode ocorrer em três níveis: psicoterapêutico, psicopedagógico e psicoprofilático. Em relação ao atendimento pediátrico é importante considerar que nessa fase o sujeito apresenta curiosidade, espontaneidade e demonstra interesse por atividades lúdicas. Assim o apoio do psicólogo precisa se interligar a essas características da infância buscando estratégias que promovam um espaço para compreender e intervir nas demandas exposta pelo paciente (FURTADO, 2003).

Nigro (2004) pontua que a criança quando se encontra hospitalizada, normalmente não possui preparo emocional e muitas vezes não tem informações sobre o que está acontecendo. Além disso, é retirada de casa e instalada em um ambiente com rotinas e cuidados totalmente novos, e por vezes assustadoras. Tendo isso em vista, a atuação do psicólogo pode ser no âmbito psicopedagógico, apresentando para a criança a partir de estratégias lúdicas as informações pertinentes do seu tratamento e da sua doença, bem como permitindo a livre expressão de emoções. Essas informações podem esclarecer sobre procedimentos, exames, medicamentos, e do processo de adoecimento, afim de facilitar a estadia da criança no hospital e auxiliar na adesão ao tratamento.

O brincar funciona como uma das técnicas lúdicas que pode promover uma aproximação entre criança e o psicólogo hospitalar. Porém, é necessária cautela para que essa técnica seja empregada de forma a facilitar o processo terapêutico. Sua vantagem é proporcionar à criança autonomia para demonstrar seus sentimentos, e o psicólogo deve avaliar conforme o contexto. Os aspectos abordados serão na busca de minimizar os possíveis sofrimentos que o paciente sente no período de internação (MOTTA e ENUMO, 2004).

Para Duarte e Holanda (2012), é confiado ao psicólogo hospitalar o trato dos aspectos emocionais diante da gravidade das doenças a partir de técnicas que sejam compatíveis com a realidade, para minimização dos impactos do processo de adoecer, até quando a cura não é possível, favorecendo a elaboração de sentimentos, tais como medo e tristeza.

Furtado (2003) apresenta que os esclarecimentos e orientações às crianças menores e imaturas devem ser feitos de forma simples e breves, baseados em uma perspectiva clara e dando atenção à linguagem, tendo em vista a interpretação literal que a criança pode fazer do que lhe é dito. Contribui ao esclarecer que com crianças maiores, as informações devem ser mais pormenorizadas e realistas, tendo em vista que o entendimento das mesmas já suporta tais explicações, dependendo do caso. A mesma atenção deve ser dada as orientações dirigidas à família, sendo esta uma parte fundamental do processo que poderá ser colaborativa ou não. Existem outros fatores que merecem a atenção do psicólogo no contexto da internação de crianças, como por exemplo, a possibilidade de a doença afetar o desenvolvimento da criança de forma permanente, causando assim sequelas em seu contexto familiar e social.

Chiatonne (2000) fala da relevância da atuação do psicólogo buscando reconhecer a história do paciente, a história pregressa da sua doença atual, delimitando suas reações e necessidades na situação de doença e hospitalização. Com isso, o psicólogo poderá auxiliar o enfrentamento do paciente à situação adversa que é a doença e a hospitalização, visando a

descoberta de estratégias que possam auxiliar esse paciente a passar por esse momento de forma que não gere prejuízos ao seu desenvolvimento.

Considerações Finais

Em suma, o psicólogo hospitalar deve atuar com o objetivo resgatar o equilíbrio e a integração da criança adoecida em sua totalidade. No atendimento em pediatria, é necessário atuações específicas voltadas para as particularidades lúdicas da criança, favorecendo a livre expressão de sentimentos e estratégias de enfrentamento diante do adoecimento, da hospitalização e dos tratamentos, bem como no relacionamento com a família, que também pode sofrer diretamente com o adoecimento.

O psicólogo deve estar diretamente vinculado a equipe de saúde, propondo intervenções a fim de orientar da melhor forma possível o paciente e a família, favorecendo o relacionamento entre a tríade paciente-família-equipe, colaborando para o desenvolvimento de processos de bem-estar e qualidade de vida, facilitando os processos de internação e lidando com as demandas emocionais e reações comportamentais presentes no processo de adoecimento e hospitalização, desmistificando fantasias elaboradas que prejudiquem o andamento do processo de tratamento.

Referências Bibliográficas

ANGERAMI-CAMON, V. A.(org); TRUCHARTE, F. A. R; KNIJNIK, R. B; SEBASTIANI, R. W. **Psicologia Hospitalar: teoria e prática**. São Paulo: Pioneira Thomson learning, 2003.

ANGERAMI-CAMON, V. A. Psicologia hospitalar: Pioneirismo e as pioneiras. In V. A. ANGERAMI-CAMON (Org.). **O doente, a psicologia e o hospital**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2004, pp. 1-29.

BAPTISTA, M. N.; DIAS, R. R. **Psicologia Hospitalar: teoria, aplicações e casos clínicos**. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.l.

CHIATTONNE, Heloísa. A Psicologia no contexto hospitalar. In: CAMON, Valdemar Augusto Angerami. **Psicologia da Saúde: Um Novo Significado para a Prática Clínica**. Sao Paulo: Pioneira, 2000. Cap. 4. p. 125-142.

DIAS, R. R; BAPTISTA, M. N; BAPTISTA, A. S. D. Enfermaria de Pediatria: Avaliação e Intervenção Psicológica. In. BAPTISTA, M. N; DIAS, R. R. **Psicologia Hospitalar: teoria, aplicações e casos clínicos**. Cap. 12. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017, pp. 176 – 193.

DUARTE, A. G. F; HOLANDA, T. C. M. d. Atuação do psicólogo frente aos cuidados paliativos infantis. In. HOLANDA, T. C. M. de; SAMPAIO, P. P. (Org). **Psicoterapia**

breve-focal: teoria, técnicas e casos clínicos. Cap. 06. Fortaleza: Universidade de Fortaleza, 2012, pp. 217-237.

SOUZA, Elzalina Santos de et al. **A importância do psicólogo no tratamento de crianças hospitalizadas.** In: ENCONTRO NACIONAL DA ABRAPSO, 15., 2009. Maceió. Anais do XV Encontro Nacional da ABRAPSO. Associação Brasileira de Psicologia Social, 2009.

FURTADO, L. F. **O Lúdico no contexto da hospitalização infantil.** 2003. 43 f. Monografia (Especialização) - Curso de Psicologia, Centro da Saúde, Uniceub, Brasília, 2003. Disponível em: <<http://repositorio.uniceub.br/bitstream/123456789/3050/2/9982674.pdf>>. Acesso em: 02 nov. 2017.

MOTTA, A. B; ENUMO, S. R. F. **Brincar no hospital:** estratégia de enfrentamento da Hospitalização infantil. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 9, n. 1, p. 19-28, 2004.

NIGRO, Magdalena. **Hospitalização:** o impacto na criança, no adolescente e no psicólogo hospitalar. São Paulo: Casa do Psicólogo. 2004.

PORTAL EDUCAÇÃO. **Psicologia Hospitalar.** Campo Grande: Portal Educação, 2012

SIMONETTI, Alfredo. **Manual de psicologia hospitalar o mapa da doença.** 8 ed. Sao Paulo: Casa do Psicólogo, 2016.

Cuidado Integral a mulheres vítimas de violência(s): um relato de experiência

Elaine Camêlo Carneiro²³

Resumo

A violência contra a mulher é, atualmente, um grave problema de Saúde Pública no Brasil. O entendimento deste fenômeno na esfera individual e privada dá lugar à necessidade de comprometimento por parte de toda a sociedade e do Estado, pois a violência passa a ser compreendida como algo estrutural, permeada pela cultura. O objetivo deste artigo é lançar reflexões acerca de uma experiência vivenciada em 2017, em um serviço de apoio à mulher, vinculado a um hospital pernambucano, localizado em Recife-PE, referência no acolhimento às mulheres vítimas de violência(s). Na tentativa de se ofertar um cuidado humanizado e integral, o serviço baseia-se na atenção psicossocial e intersetorial, contando com uma equipe multiprofissional que busca desenvolver um trabalho na perspectiva interdisciplinar. O desafio dos serviços de saúde é o de não reproduzir a violência já sofrida pelas mulheres que buscam acolhimento e cuidado integral nestas instituições.

Palavras-chave: Assistência integral à saúde. Violência contra a mulher.

Introdução

A violência contra a mulher representa um grave problema de Saúde Pública, sendo considerada uma das principais causas de adoecimento e morbidade entre mulheres. Deste modo, os serviços de saúde são importantes instrumentos para aquelas que sofreram violência, assegurando-lhes acolhimento adequado e atendimento imediato, a partir das demandas apresentadas (BRASIL, 2015).

A Política de Atenção à Saúde da Mulher é ferramenta essencial no cuidado voltado a este público, norteada pela perspectiva de gênero, raça e etnia, rompendo as fronteiras da saúde sexual e reprodutiva para alcançar a saúde da mulher de modo integral – promoção, proteção, assistência e recuperação da saúde – e singular. Buscando reforçar o caráter da atenção à saúde como direito, amplia-se o grau de informação da mulher em relação ao seu próprio corpo e suas condições de saúde, além aumentar sua capacidade de fazer escolhas adequadas ao seu contexto de vida (BRASIL, 2004).

A humanização e a qualidade da atenção em saúde são condições essenciais para que as ações de saúde se traduzam na resolução dos problemas, no fortalecimento da capacidade das usuárias frente à identificação de suas demandas, no reconhecimento e reivindicação de seus direitos e na promoção do autocuidado (BRASIL, 2004).

²³ Psicóloga; Pós-graduada em Saúde Mental – Faculdade Frassinetti do Recife (FAFIRE); Especialista em Atenção Hospitalar com ênfase em Gestão do Cuidado – Escola de Governo de Saúde Pública de Pernambuco (ESPPE); Mestranda pelo Programa de Pós-graduação em Psicologia (PPGpsi) da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE).

Para assegurar um atendimento integral, faz-se necessária a composição multiprofissional da equipe, esta enquanto arranjo institucional que opera a gestão cotidiana sobre a micropolítica do trabalho, resultando em ação solidária e concentrada no cuidado (GRABOIS, 2011). O referido serviço de apoio à mulher em Pernambuco, conta com profissionais de diversas categorias (médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, assistentes sociais e psicólogos), que se propõe a trabalhar de modo interdisciplinar, para de fato dar conta da complexidade da demanda atendida, está ligada à violência. Além disto, propõe articulações com a rede de atenção à saúde através de estratégias como as linhas de cuidados e ações intersetoriais, além de encaminhamentos.

Deste modo, o serviço especializado busca a aplicação adequada das tecnologias em saúde, com a finalidade de garantir padrões de qualidade, acolhimento, integralidade e eficiência, reduzindo assim riscos para usuárias e profissionais, corroborando com o que é proposto pelo Sistema Único de Saúde (SUS) a partir dos conceitos-chave de gestão da clínica, gestão do cuidado, cuidado integral em rede e atenção humanizada em saúde (MENDES, 2001).

Metodologia

Trata-se de um relato de experiência referente à vivência no referido serviço, localizado em Recife-PE, no mês de maio de 2017, pela psicóloga autora do artigo, em um estágio relativo à especialização em um programa de residência multiprofissional em atenção hospitalar vinculado à Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco (ESPPE). Durante este período foi possível participar de reuniões de equipe, supervisões clínicas, discussões de casos atendidos no serviço, facilitação de pesquisa desenvolvida por residente da instituição no período da vivência, além de observação de diversas atividades de rotina, grupos de estudo e palestra sobre violência para adolescentes de uma escola estadual.

Resultados e Discussão

A discriminação, frustração e violação de direitos marcaram a história das mulheres na busca pelos serviços de saúde, apresentando-se como fonte de tensão e mal-estar físico e mental. A criação dos serviços de apoio à mulher foi fundamental, por prestar acolhimento especializado e humanizado. Durante a vivência, foi possível ouvir relatos de usuárias que se sentiram violadas/violentadas ao procurarem ajuda em serviços de saúde não especializados. A humanização e qualidade da atenção implicam na promoção, reconhecimento e respeito aos direitos humanos, marco ético que garante a saúde integral e o bem-estar da mulher. Para tal, faz-se necessário superar o enfoque biomédico e adotar práticas de cuidado ampliado, que levem em conta a experiência das usuárias com a saúde (BRASIL, 2004).

O profissional de psicologia se mostra fundamental nestes serviços, atuando nos casos devido às questões de cunho emocional e psíquico que emergem nas situações de violência. A mulher chega ao serviço fragilizada, com receio de ser julgada e de sofrer novas violências. No referido serviço, os psicólogos além de realizar acolhimento e atendimentos individuais às usuárias e familiares, quando necessário, também colaboram de modo ímpar com as discussões de caso em equipe, supervisão dos estagiários/residentes do serviço e estudos teóricos.

O modelo psicossocial é um processo contínuo e demanda reflexões sobre atos, condutas, tecnologias, formas de cuidado, garantia de acesso em todos os níveis da assistência, integração da rede de atenção e capacitação profissional. A atenção psicossocial e a complexidade do próprio fenômeno da violência exigem um trabalho multiprofissional (BRASIL, 2013).

Todavia, faz-se necessário destacar que o trabalho interdisciplinar fica prejudicado na instituição, como em diversos outros serviços de saúde, de acordo com o que foi observado na vivência e na fala dos profissionais. O funcionamento em regime de plantão, atendimentos realizados individualmente e a falta de uma rotina de reuniões clínicas de equipe pré-estabelecida leva ao enfraquecimento de reflexões compartilhadas, estratégia está para melhoria da eficácia na condução dos casos e oferta de cuidado integral às mulheres usuárias do serviço.

Considerações Finais

Conquistas relativas ao reconhecimento e legitimação do fenômeno da violência contra a mulher enquanto um problema de saúde pública são inegáveis. Porém, sabe-se que esta violência é banalizada e invisibilizada em diversos espaços institucionais e sociais. Os serviços de saúde especializados, com equipes multiprofissionais capacitadas e sensíveis à temática, são de fundamental importância na oferta de um cuidado integral e humanizado às mulheres vítimas de violência, seja ela física, psicológica/emocional, verbal, sexual, dentre outras.

Porém, diversos serviços pensados para realização de acolhimento e cuidado, acabam tornando-se reprodutores de violência, devido à dificuldade na implementação das políticas na prática dos serviços, falta de supervisão, ausência de capacitações direcionadas aos profissionais, ou de avaliações mais rigorosas por parte dos entes federativos e controle social.

Cabe a nós, profissionais da saúde, psicólogos ou não, estarmos sensíveis à temática da violência contra a mulher, buscando aprimoramento teórico/técnico permanente, além de suscitar debates e reflexões nos espaços institucionais e sociais. Deste modo, estaremos contribuindo efetivamente com a criação de novas estratégias de cuidado integral às mulheres, além da busca constante pela superação das violências, o que se dá a partir de uma

transformação cultural, que permita a igualdade entre homens e mulheres, respeito e dignidade à todos os sujeitos, independente de sexo, gênero, orientação sexual, classe, raça ou etnia.

Referências Bibliográficas

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 82 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Rede HumanizaSUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 16p.

BRASIL. Secretaria de Política para as Mulheres. **Atenção humanizada às pessoas em situação de violência sexual com registro de informações e coleta de vestígios**. Brasília, 2015.

GRABOIS, V. **Gestão do Cuidado**. Qualificação de Gestores do SUS. Rio de Janeiro: 2011. p. 153-190.

MENDES, E. V. **Os grandes dilemas do SUS**. Salvador: Casa da Qualidade, 2001.

O trabalho do psicólogo em uma casa de acolhimento de Fortaleza-CE: o cotidiano na terceira idade

Simone Viana da Silva²⁴

Dennis Orion Pereira dos Santos²⁵

Resumo

Na perspectiva de Erick Erikson sobre a velhice, deu-se a presente pesquisa em uma instituição de acolhimento de idosos, tendo em vista todas as mudanças e importância de um cuidado psicológico nessa fase do desenvolvimento humano. A velhice é uma fase pessoal, natural e inevitável para qualquer ser humano na evolução da vida que ocorre relacionada a diversos fatores da vida de uma pessoa. O envelhecimento é o processo de soma de todas as experiências da vida, é o resultado de todas as decisões e escolhas que foram feitas durante todo percurso da mesma. O objetivo do projeto foi investigar sobre o cotidiano dos idosos que vivem na instituição: as demandas, o acolhimento, a frequência e ausência de visita, e como vivenciam o cotidiano nesse contexto. A intervenção ajudou no debate sobre o abandono e abriu a possibilidades de novas formas de elaborar essa dificuldade. A pesquisa é qualitativa, que busca entender o fenômeno, segundo a perspectiva dos participantes da situação estudada e a partir daí situar a interpretação do fenômeno. A técnica utilizada foi o Grupo Focal que tematizou o abandono. Uma entrevista semiestruturada foi aplicada e houve observação participante. Percebeu-se que são muitos os desafios dos idosos institucionalizados: o isolamento e a depressão podem estar presentes, dificuldades nas relações interpessoais e limitações físicas; e a falta de um profissional de Psicologia torna a vida dessas pessoas mais complicada, delicada e fragilizada sua saúde mental.

Palavras-Chaves: Desenvolvimento Humano; Instituição; Depressão.

Introdução

A velhice é uma fase pessoal, natural e inevitável para qualquer ser humano na evolução da vida que ocorre relacionada a diversos fatores da vida de uma pessoa. O envelhecimento é o processo de soma de todas as experiências da vida, é o resultado de todas as decisões e escolhas que foram feitas durante todo percurso da mesma, diante disso, percebemos que apresenta situações diferentes para cada ser humano, pois somos únicos (ERIKSON, 1987).

Escolhemos a instituição por ser a mais antiga de Fortaleza, com 110 anos, especializada em Associações Benéficas e pela sua acessibilidade. Sua atuação na sociedade, como uma organização sem fins lucrativos, visa a assistência, promoção e desenvolvimento dos idosos que buscam seus serviços. Tem como finalidade prestar assistência integral em regime de internato - pessoas idosas a partir de 60 anos, de ambos os sexos - e proporcionar em regime aberto, atendimento ao idoso, auxiliando para a sua permanência na família e na sociedade. Após algumas visitas, percebemos que a instituição tem demanda psicológica, trabalhos voltados a transtornos psicológicos, uma vez que existem idosos com depressão e transtorno bipolar, segundo relatado pela Assistente Social. Outro fator em questão é a solidão e abandono familiar enfrentadas por muitos idosos, a baixa autoestima e a uma consequente

²⁴Cursando o décimo semestre em Psicologia pela Faculdade Maurício de Nassau (2018); Formação em Psicoterapia Fenomenológica-Existencial. Abordagem Rogeriana pela Casa de Gestalt (2016).

²⁵Graduação em Psicologia pela Faculdade Maurício de Nassau (2018); Formação em Psicoterapia Fenomenológica-Existencial. Abordagem Rogeriana pela Casa de Gestalt (2017); cursa uma especialização em Psicopedagogia Institucional, Clínica e Organizacional pelo Instituto Dom José (2017).

perda da autonomia, que são grandes desafios, tornando-se clara a importância da intervenção psicológica. O objetivo do projeto foi investigar sobre o cotidiano dos idosos que vivem na instituição, a sua demanda, modo de acolhimento, frequência e ausência de visita e como vivenciam o cotidiano naquele contexto. A intervenção ajudou no debate sobre o abandono e abriu a possibilidades de novas formas de elaborar essa dificuldade.

Metodologia

A pesquisa é qualitativa. Segundo Triviños (1987), este tipo busca entender e interpretar o fenômeno, sob a perspectiva dos participantes da situação estudada.

A nossa pesquisa vem acompanhada da observação participante, que consiste na participação real do pesquisador na instituição. A pesquisa bibliográfica também tem a sua contribuição nesse trabalho, pois trouxe uma aproximação teórica do pesquisador com o que foi produzido sobre a sexualidade. As técnicas de coleta de dados da presente pesquisa tiveram como ponto de partida uma entrevista que tem como objetivo a obtenção de informações por parte do outro, o entrevistado. A entrevista semiestruturada e as observações foram analisadas segundo as teorias da literatura utilizada na presente pesquisa (MARCONI; LAKATOS, 2010).

A forma de intervenção que a equipe propôs foi a de GF (grupo focal) que de acordo com Ressel *et al* (2008), são grupos de discussão que falam sobre uma demanda e teve como temática o abandono. Os instrumentos utilizados para o projeto foram canetas, cadernos para fazer anotações importantes, entrevista semi-estruturada, celulares para gravar – as gravações foram permitidas pelos entrevistados – e cadeiras fornecidas pela instituição.

Resultados e Discussão

O Modelo Epigenético do Ciclo da Vida ou Teoria de Desenvolvimento Psicossocial de Erik Erikson propõe uma discussão minuciosa sobre as fases do desenvolvimento humano e as categoriza deste modo: Período de bebê, Infância inicial, Idade do brincar, Idade escolar, Adolescência, Idade adulta jovem, Idade adulta e Velhice – relevância para as interações sociais que se implicam e proporcionam amadurecimento psicológico e físico. Cada etapa possui características próprias que não refletem necessariamente um positivo ou negativo, no entanto, uma possibilidade que influi de uma maneira ou outra, e se resvala na seguinte. Em cada momento, há desafios, emoções, aprendizado, habilidades que se reorganizam ao passar para o novo estágio, pois, serão novos desafios, emoções, aprendizados, habilidades, e em cada mudança uma crise em potencial. Esta crise se passa internamente e perpassa também as relações sociais, sendo preponderantes para o crescimento de cada pessoa. Ou seja, estágio se desafia a novas configurações nas relações consigo mesmo e com os outros (SOARES, 2017).

Na Velhice, as características são Integridade e Desesperança - podendo significar Integridade contra Desesperança ou vice-versa. Em sendo a fase final, uma delas se sobressai a depender de como o indivíduo se avalia, como um todo, ao longo da vida, ou seja, se há sentido nessa vida vivida ou frustração e arrependimento. Por consequência, a visão que se tem da morte também se altera: será pungente ou ameaçadora (IDEM, 2017).

Algumas das características que referenciam a velhice, segundo narra o Erikson (1987), estão muito presentes na vida desse idoso, principalmente as capacidades físicas e sensoriais reduzidas, como também retraimento e reflexão, observados na visita, porém aqueles que tem condições fisiológicas e saúde mental desenvolvem algumas atividades laborais e de lazer, pois eles participam de corais, jogam baralho, vão ao cinema quando algum shopping fornece esse serviço gratuito, dançam, cantam etc.

O trabalho do Psicólogo no contexto da instituição de acolhimento é direcionado ao atendimento nos moldes de clínica ampliada e individual, visando à superação dos conflitos e ao resgate da identidade, pois os idosos que lá residem vêm de uma realidade de abandono e exclusão social. Porém, no momento, quando se deu a intervenção, não havia a presença do referido profissional. Sua ausência foi justificada pela falta de verba para a contratação, levando-nos a entender que isso pode tornar cada vez mais delicada e fragilizada a saúde mental dessas pessoas. Percebemos que há esforço para suprir as necessidades físicas, afetivas e psicológicas, contudo, pela falta de uma escuta qualificada, outros profissionais e os próprios idosos entre si são os que “a oferecem” de modo “amigável”, fundamentada no senso comum.

A Psicologia é vista como necessária por eles, já que o envelhecer requer muitos cuidados e atenção por razões biológicas e afetivas. Eles se sentem como incapazes de exercer o seu papel produtivo na sociedade.

“No caso do velho, as perdas físicas e afetivas são sofridas com maior intensidade e numa frequência maior do que em outra idade. A angústia, o medo do novo, o desejo de manter a situação antiga, já conhecida, o estigma da morte iminente e outros mitos povoam a mente do velho e o conduzem a um estado de maior insegurança” (FRAIMAN, 1995, p. 27).

A partir da demanda “suplicante” do psicólogo nesse acolhimento, percebemos que a sua atuação dentro de uma entidade assistencial e de saúde em atenção ao idoso é um campo privilegiado para a ação, pois, “pode atuar na orientação e no acompanhamento a indivíduos e a instituições e na geração da qualidade de vida e de mudança de atitudes” (NERÍ, 2004, p. 3).

A atividade de intervenção realizada pela equipe na instituição social e de saúde teve como principal objetivo ajudá-los a refletir sobre a questão central: o abandono por parte dos familiares que por consequência os levou a viver naquele contexto.

Durante a discussão com as pessoas que estavam participando do GF (grupo focal), percebemos que muitos eram participativos na atividade, interagiam harmonicamente com os outros, e conosco, falavam da sua história e expunham suas emoções e sentimentos. No entanto, alguns tiveram resistência ou dificuldade de compartilhar da sua experiência singular relacionada ao abandono, pois demonstravam o ressentimento e a mágoa de terem sido deixados por seus entes queridos.

Essa condição se relaciona, também, com a incapacidade que muitos idosos possuem com relação a sua funcionalidade, tornando-os dependentes totais desses familiares, para desempenharem tarefas comuns do seu dia-a-dia. “A condição de abandono também pode estar relacionada a situações de fragilidade em que o idoso com incapacidade funcional é gradativamente isolado do circuito familiar.” (MEDEIROS, 2012, p. 445).

A intervenção foi recebida muito bem pelos participantes, pois se sentem solitários e carentes de afeto. Possibilitou a eles a oportunidade de falar, de pensar e de refletir sobre vida de maneira tranquila e consciente, pois sabiam que estávamos ali para escutar e não fazer julgamentos sobre o discurso e a atitude tomada diante de algumas situações. Expressaram pela linguagem – falas e gestos – o prazer de compartilhar conosco, por breve momento, sua narrativa de vida.

Considerações Finais

A terceira idade é fase de muitas mudanças na vida do ser humano. Novas atividades, desafios, algumas limitações e mudanças no cotidiano, físicas e psicológicas. Com tanto a ser enfrentado, dá-se como comum o aparecimento de desequilíbrios emocionais que podem causar ansiedade, melancolia, o isolamento, até que se transtorne a depressão, sobretudo, se a família é ausente. Nossa intervenção teve como finalidade a aplicação de uma técnica de

pesquisa conhecida como Grupo Focal, visando encontrar, de forma prática e rápida, os problemas vivenciados pelos idosos, identificando seus sentimentos e percepções acerca do assunto abandono. Identificamos, também, segundo a teoria Eriksoniana que a integridade se faz presente, apesar do contexto, existe um sentido da vida.

A partir da observação na instituição, notamos que não são poucos os desafios da terceira idade, principalmente para idosos institucionalizados, uma vez que a ausência da família está palpável na vida da maioria deles. Um fator importante é a socialização. Vimos que para muitos há uma grande dificuldade de se relacionar com os demais. Outro ponto que não pode ser ignorado são as limitações físicas.

O trabalho realizado com os idosos na instituição foi primordial para que pudéssemos conhecer na prática seu cotidiano e conhecer as problemáticas enfrentadas. Importante, também, para podermos nos colocar em seus lugares e sentir um pouco de suas vivências.

Referências Bibliográficas

ERIKSON, E. H. **Infância e Sociedade**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Zahar editores, 1987.

FRAIMAN, A. P. **Coisas da idade**. São Paulo: Gente, 1995.

MARCONI, M. A; LAKATOS. E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

MEDEIROS, P. Como estaremos na velhice? **Reflexões sobre envelhecimento e dependência, abandono e institucionalização**. 11, ago. 2012. Disponível em: <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/polemica/article/view/3734/2616>>. Acesso em: 30 Out. 2017.

NERI, M. L. Velhice bem-sucedida: **aspectos afetivos e cognitivos**. Psico-USF (Impr.), Itatiba, v.9, n.1, p.109-110, Junho de 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-82712004000100015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 30 outubro 2017.

RESSEL, L. B. et al. O uso do grupo focal em pesquisa qualitativa. **Texto contexto - enferm**. Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 779-786, dezembro 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000400021&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 30 outubro 2017.

SOARES, E. C. **O idoso de bem com a velhice**: um estudo envolvendo idosos que relatam o envelhecimento como satisfatório. 2017. 256 f. Tese (Doutorado - Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Área de Concentração: Psicologia da Aprendizagem, do Desenvolvimento e da personalidade) - Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

TRIVIÑOS, A. N. S. Introdução à pesquisa em ciências sociais: **a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

A atuação do psicólogo hospitalar no atendimento a pacientes com doenças cardiovasculares: revisão de literatura

Myrna Sabóia Vasconcelos Aguiar²⁶

Liana Albano Cavalcante²⁷

Igor Weyber da Silva Ramos²⁸

Teresa Cristina Monteiro de Holanda²⁹

Resumo

No ano de 2017 aproximadamente 383.961 pessoas morreram por doenças cardiovasculares, dentre elas afecções do coração e da circulação. Aspectos psicológicos estão intimamente implicados no processo de doença, e os sintomas fisiológicos associam-se a questões de ordem emocional. Em torno disso, o referido trabalho apresenta uma discussão sobre as possibilidades de atuação do psicólogo hospitalar com pacientes que são submetidos a procedimentos cardiovasculares, e sobre a importância do psicólogo hospitalar no acompanhamento dos pacientes nos períodos pré e pós-operatório, tendo em vista as influências dos fatores psicológicos e emocionais no desenvolvimento destas doenças. Para tanto, utilizamos como base metodológica a revisão de literatura e sobre as intersecções entre Cardiologia e Psicologia, bem como sobre a atuação do psicólogo hospitalar na área da cardiologia. A Psicologia no contexto Hospitalar busca atuar promovendo mecanismos que possibilitem o paciente ser um sujeito ativo dentro do processo de hospitalização e do adoecimento. Observa-se relações com o acúmulo de vida estressante e alterações emocionais no desenvolvimento de doenças cardíacas. Utiliza-se principalmente neste contexto técnicas de Psicoterapia Breve-Focal para o restabelecimento do equilíbrio homeostático e minimizar as sequelas emocionais causadas pelo adoecimento e pela hospitalização. Em pessoas com doenças cardiovasculares em estado de hospitalização se percebe sentimentos de negação da doença, ansiedade, depressão, agitação e delírio. Ressaltamos com esse trabalho a importância pública do tratamento multiprofissional e interdisciplinar de cuidar de pacientes com doenças cardiovasculares, tendo em vista representar as maiores causas de morte no Brasil.

Palavras-chave: Psicologia Hospitalar. Cardiologia. Intervenção Psicológica.

Introdução

De acordo com a definição do Conselho Federal de Psicologia, o psicólogo especialista em Psicologia Hospitalar tem sua função centrada nos âmbitos secundário e terciário de

²⁶ Psicóloga (CRP 11/12489), graduada em Psicologia pela Universidade de Fortaleza (2017.2). Atualmente coordenadora do CREAS de Santa Quitéria. Pós-Graduada em Psicologia Hospitalar pela UNIQ – Faculdade Quixeramobim em Fortaleza.

²⁷ Graduanda em Psicologia pela Universidade de Fortaleza. Monitora Voluntária no ano de 2017 da disciplina de Psicologia Hospitalar da UNIFOR. Atualmente estagiária de Psicologia Hospitalar no Hospital Waldemar de Alcântara, Fortaleza/CE.

²⁸ Graduando em Psicologia pela Universidade de Fortaleza. Monitor Voluntário no ano de 2017 da disciplina de Psicologia Hospitalar da UNIFOR. Atualmente estagiário de Psicologia Hospitalar do Hospital Geral César Cals, pesquisador voluntário no Hospital Infantil Albert Sabin, e estagiário da Comissão de Orientação e Fiscalização do Conselho Regional de Psicologia da 11ª região.

²⁹ Psicóloga (CRP 11/00220). Mestre em Saúde Pública pela UFC, especialista em Psicologia Clínica e Psicologia Hospitalar pelo CFP. Graduada em Psicologia pela UFC. Professora da UNIFOR e pesquisadora nas áreas de Psicoterapia Breve, Psicologia da Saúde e Psicologia Hospitalar.

atenção à saúde, atuando em instituições de saúde e realizando atividades tais como, atendimentos psicoterapêuticos, grupos psicoterapêuticos, grupos de psicoprofilaxia, atendimentos em ambulatório e unidade de terapia intensiva, pronto atendimento, enfermarias em geral, psicomotricidade no contexto hospitalar, avaliação diagnóstica, psicodiagnóstico, consultoria e interconsulta (CFP, 2001).

Considera-se o coração como órgão que tem conotações e implicações afetivas que ultrapassam a sua função anatômica (OLIVEIRA, 2008). Em hospitais especializados no atendimento de pacientes com doenças cardiológicas é constante a presença de aspectos psicológicos implicados no processo de doença, conforme apontam Padilha e Kristensen (2006).

O relato de sintomas das doenças cardíacas envolve tanto sinalizações do corpo, quanto fatores psicológicos e fatores situacionais. Os sintomas da doença associam-se a questões de ordem emocional, tendo em vista a representação simbólica adotada do coração como fonte da vida e a sede das emoções (BONOMO & ARAÚJO, 2009; PADILHA E KRISTENSEN, 2006).

De acordo com a Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC) as doenças cardiovasculares, afecções do coração e da circulação, representam a principal causa de mortes no Brasil. No ano de 2017 uma estimativa de 383.961 total de pessoas mortas por doenças cardiovasculares. E neste ano de 2018, conforme o Cardiômetro da SBC já são aproximadamente 241.863 mortes por doenças cardiovasculares.

O processo de hospitalização em si, desperta sentimentos de medo e ansiedade diante dos procedimentos invasivos, do desconhecido, do afastamento social e da situação de adoecimento (PADILHA E KRISTENSEN, 2006). Nesse contexto, o psicólogo hospitalar enfrenta uma série de limitações, tais como o tempo reduzido dos atendimentos, ambiente que não resguarda a privacidade e a inibição dos pacientes frente a situação e momento de vida (PORTAL EDUCAÇÃO, 2012). Fala-se, portanto, em um processo de despersonalização, uma vez que a hospitalização é um processo que não respeita os limites e imposições da pessoa hospitalizada (ANGERAMI-CAMON, TRUCHARTE, KNIJNIK E SEBASTIANI, 2003).

Nesse sentido, o presente trabalho discute sobre as possibilidades de atuação do psicólogo hospitalar com pacientes que são submetidos a procedimentos cardiovasculares. Apresentamos os objetivos de atuação do psicólogo hospitalar frente aos pacientes acometidos com doenças cardiológicas com base a ferramenta técnica da Psicoterapia Breve de Apoio.

Metodologia

Diante da importância da pesquisa na área da Psicologia Hospitalar e do embasamento teórico por excelência, especialmente no que se refere ao campo da Cardiologia, elaboramos este trabalho com base metodológica de revisão de literatura e pesquisas bibliográficas por conveniência da temática, em artigos científicos publicados em revistas e disponíveis nas bases de dados de livre acesso, tais como MEDLINE e PubMed, bem como em livros teórico-prático que tecem sobre a elaboração conceitual e de experiência prática da temática, a partir dos descritores de busca: Psicologia Hospitalar, atuação do psicólogo hospitalar, psicólogo hospitalar no campo da cardiologia.

Resultados e Discussão

Sendo a Cardiologia uma área da saúde com grande impacto na vida humana por se tratar de um apelo simbólico que o coração tem no imaginário dos homens (ZACHER, 2008), um dos maiores desafios do psicólogo hospitalar é unir o objetivo ao subjetivo, tratar o geral e o particular como forças complementares e não excludentes, a fim de minimizar o sofrimento provocado pela hospitalização, bem como diminuir as sequelas emocionais causadas pelo adoecimento e pela hospitalização. Apesar da importância da atuação do psicólogo dentro do ambiente hospitalar, a formação deste profissional ainda está voltada para a clínica tradicional que tem objetivos psicoterapêuticos, psicodiagnósticos e analíticos (SANTOS & VIEIRA, 2012).

A Psicologia no contexto Hospitalar busca atuar promovendo mecanismos que possibilitem o paciente ser um sujeito ativo dentro do processo de hospitalização e do adoecimento. Para este fim, por exemplo, utiliza-se principalmente neste contexto técnicas de Psicoterapia Breve-Focal, que buscam atender pessoas em curto espaço de tempo, com fins o restabelecimento do equilíbrio homeostático a partir da resolução de conflitos, sintomas e psicodinâmica (HOLANDA E SAMPAIO, 2012).

Segundo Braier (1986), a possibilidade de uma intervenção em psicoterapia breve se dá a partir de uma avaliação criteriosa por parte do psicólogo da situação vivida pelo paciente, de forma a precisar em sua história clínica os principais conflitos e defesas, o que permitiria a elaboração de um diagnóstico psicodinâmico inicial e a delimitação dos fins terapêuticos. Assim, com base nessa avaliação inicial, poder-se-ia planejar o acompanhamento terapêutico, pela formulação de um foco, de uma situação-problema e o ponto de urgência.

Dentre as doenças cardiovasculares, a insuficiência coronariana representa uma das doenças cardíacas mais comuns. O contexto psicossocial do paciente está diretamente ligado a seu quadro orgânico, sendo assim os conflitos emocionais prejudicam a resistência interna

do indivíduo, criando condições que levam a doença orgânica (OLIVEIRA, SHAROVSKY & ISMAEL, 1995).

Holmes e Rahe (1967) observaram que o acúmulo de vida estressante, alterações emocionais por eventos de ordem positiva, tais como promoção no trabalho, emoções fortes, e stress de ordem negativa, como perda de ente querido, amigo ou família, também são fatores emocionais associados com o desenvolvimento da doença.

Em pacientes cirúrgicos é comum fantasias sobre a operação, com medo da morte, da dor, e do pós-operatório. É importante que o psicólogo busque conscientizá-lo das diferentes fases dos procedimentos ao qual o paciente será submetido, juntamente da equipe médica, enfatizando a importância da sua cooperação durante esses períodos. Quando o trabalho do psicólogo é iniciado no pré-operatório dar-se-á maior atenção ao paciente e a sua família, discutindo seus medos e procurando desmistificar suas fantasias (PADILHA E KRISTENSEN, 2006).

Dentre os diagnósticos psicológicos realizados no período pré-operatório de cirurgia cardíaca, o de ansiedade é um dos mais comuns. É uma realidade emocional vivenciada por quase todos os pacientes cirúrgicos. A ansiedade pode influenciar a resposta do doente frente ao tratamento e acarretar efeitos negativos sobre a recuperação pós-operatória (VARGAS, MAIA E DANTAS, 2006).

A ansiedade leva o paciente a pensar e assumir o papel de doente, antecipar questões com relação ao ato cirúrgico, dor, perda de controle sobre si mesmo e o medo de ficar dependente de alguém. Orientações pré-operatórias eficazes podem reduzir a ansiedade e o estresse psicológicos antes e depois da cirurgia, o que torna extremamente importante as orientações prestadas nesse período (GASPERI, 2006).

As unidades hospitalares são locais estressores, submetendo os pacientes ao confinamento, restrição ao leito, uso de aparelhos, ruídos, iluminação constantes, frequente realização de exames, além das alterações na sua rotina, afastamento do trabalho, dos amigos, dificuldade em conciliar o sono e mudanças repentinas. Esses agentes estressores também podem ocasionar reações emocionais em vários níveis, como ansiedade, medo, conflitos, insegurança, irritabilidade, dentre outras (PREGNOLATTO & AGOSTINHO, 2003).

Como algumas das funções do psicólogo no hospital é o bem-estar do paciente em situação de adoecimento, podemos citar a assistência psicológica, a atenção a fatores que podem influenciar sua instabilidade emocional, e a avaliação e acompanhamento da adaptação do paciente à hospitalização. Na avaliação do paciente, deve-se atentar para seu estado psíquico (orientação, consciência, memória, entre outros), a sua compreensão do diagnóstico ou

tratamento, além das reações emocionais diante da doença (PREGNOLATTO & AGOSTINHO, 2003).

Considerações Finais

O psicólogo no contexto Hospitalar busca atuar de forma a minimizar o sofrimento do sujeito hospitalizado, promovendo o desenvolvimento de mecanismos adaptativos que possibilitem ao sujeito ser um elemento ativo dentro do processo de hospitalização e do adoecimento. A psicoterapia breve se apresenta como importante técnica de embasamento para a atuação em Psicologia Hospitalar, tendo em vista as especificidades e as limitações que o ambiente hospitalar detém ao profissional psicólogo.

O paciente em situação de adoecimento e em contexto de hospitalização apresenta sentimentos de medo, ansiedade, angústia frente aos procedimentos invasivos, aos períodos pré e pós-operatório e ao estado de hospitalização. Cabendo ao psicólogo hospitalar o atendimento de suas demandas e o acompanhamento por excelência no campo subjetivo, visando enfrentamento, adesão ao tratamento, diminuição da ansiedade e clarificação da realidade.

Ressaltamos a importância pública do tratamento e cuidado aos pacientes com doenças cardiovasculares, tendo em vista representar as maiores causas de morte no Brasil. Destacamos, portanto, o estresse emocional como fator de risco e determinantes nas doenças cardiovasculares também entra nesse ponto.

Referências Bibliográficas

ANGERAMI-CAMON, V. A.(org); TRUCHARTE, F. A. R; KNIJNIK, R. B; SEBASTIANI, R. W. **Psicologia Hospitalar: teoria e prática**. São Paulo: Pioneira Thomson learning, 2003.

BRAIER, E.A. **Psicoterapia breve de orientação psicanalítica**, São Paulo, Martins Fontes, 1986.

BONOMO, A. M. S., & ARAÚJO, T.C.C.F. **Psicologia aplicada à cardiologia. Um estudo sobre emoções relatadas em exame de holter**. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 25, 2009, 65-74. doi: 10.1590/ S0102-37722009000100008

GASPERI, P; RADUNZ, V; PRADO, M. L. **Procurando reeducar hábitos e costumes: o processo de cuidar da enfermeira no pré e pós-operatório de cirurgia cardíaca. *Cogitare Enferm***, 11(3), 2006, 252-7.

HOLMES, THOMAS H. e RICHARD H. Rahe. **A escala de classificação de reajuste social**. *Journal of psychosomatic research*, 11.2, 1967, 213-218.

HOLANDA, T. C. M. de; SAMPAIO, P. P. (Org). **Psicoterapia breve-focal: teoria, técnicas e casos clínicos**. Fortaleza: Universidade de Fortaleza, 2012.

- OLIVEIRA, M. F. P. **Aspectos emergentes da psicologia em cardiologia no terceiro milênio.** In C. P. ALMEIDA, & A. L. A. RIBEIRO (Eds.), *Psicologia em cardiologia: Novas tendências*: Campinas, SP: Alínea, 2008, pp. 7-10.
- OLIVEIRA, M. F. P.; SHAROVSKY, L. L, ISMAEL, S. M. C. **Aspectos emocionais no paciente coronariano.** In: OLIVEIRA, M. F. P; ISMAEL, S. M. C. *Rumos da psicologia hospitalar em cardiologia.* São Paulo (SP): Papirus Editora; 1995. p. 185-98.
- PADILHA, R. V; KRISTENSEN, C. H. **Estudo exploratório sobre medo e ansiedade em pacientes submetidos ao cateterismo cardíaco.** *PSICO*, Porto Alegre, PUCRS, v. 37, n. 3, pp. 233-240, set./dez. 2006.
- PREGNOLATTO, A. P., & AGOSTINHO, V. B. (2003). **O psicólogo na unidade de terapia intensiva - Adulto.** In M. N. Batista & R. R. Dias (Eds). *Psicologia hospitalar: Teoria, aplicação e casos clínicos* (pp.93-107). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- PORTAL EDUCAÇÃO. **Psicologia Hospitalar.** Campo Grande: Portal Educação, 2012
- RESOLUÇÃO CFP Nº 02/2001. **Altera e regulamenta a Resolução CFP Nº 014/00 que institui o título profissional de especialista em psicologia e o respectivo registro nos Conselhos Regionais.** Brasília/DF, 2001. Disponível em https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2006/01/resolucao2001_2.pdf. Acesso em 11 de Agosto de 2018.
- SANTOS, Livia J.; VIEIRA, Jésia M. **A atuação do psicólogo nos hospitais e nas maternidades no estado de Sergipe.** 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n5/a13v17n5.pdf>. Acesso em: nov.2017
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **Cardiômetro: mortes por doenças cardiovasculares no Brasil.** Disponível em <http://www.cardiometro.com.br/>. Acesso em 11 de agosto de 2018.
- VARGAS, T. V. P; MAIA, E. M; DANTAS, R. A. S. **Sentimentos de pacientes no pré-operatório de cirurgia cardíaca.** *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 14(3), 2006.

Representações sociais do trabalho para assistidos do sistema penitenciário cearense

Ana Priscila Barroso Araújo³⁰

Luciana Maria Maia Viana³¹

Resumo

Essa pesquisa tem como objetivo conhecer as representações sociais do trabalho para assistidos do sistema penitenciário cearense, suas formas de inserção e expectativas em relação aos contextos de trabalho. Para alcançar esse objetivo, participaram da pesquisa 23 assistidos, residentes em Fortaleza, que trabalhavam perante um programa de inserção profissional para egressos do sistema prisional, em um órgão público do Ceará. Os dados foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas e submetidos à análise de conteúdo. Os resultados evidenciaram o trabalho como condição necessária para a liberdade (material, pessoal/afetiva e social), bem como para a construção de uma nova sociabilidade. Além disso, observaram-se aspectos que dificultam o processo de participação dos assistidos do sistema penitenciário no mercado de trabalho, tais como barreiras pessoais e sociais. Conclui-se que as representações sociais orientam práticas e estratégias sociais, refletindo as normas das instituições sociais ou as ideologias relacionadas ao lugar que os assistidos ocupam na sociedade.

Palavras-chave: Assistidos do Sistema Penitenciário. Representações Sociais. Mercado de Trabalho.

Introdução

É comum identificar as pessoas que passaram pelo sistema prisional apenas como atores da violência, sem levar em consideração suas histórias de vida antes, durante e após o aprisionamento. Histórias marcadas pela existência da violência, seja na dimensão física ou simbólica. Desse modo, a criminalidade tem sido sistematicamente associada a uma camada da população, estratos sociais em desvantagens, sem considerar a condição de exclusão que vivenciam esses indivíduos, assinalada pelas dificuldades de acesso, de inclusão e de garantia a recursos como educação, trabalho e saúde (CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA, 2014).

No contexto penitenciário, o trabalho é compreendido como possibilidade de reabilitação e reinserção social de indivíduos, tendo em vista que pode proporcionar a requalificação do “ladrão” em trabalhador responsável. É por meio do trabalho que se distinguem todos os homens; e é por meio dele que também se organiza a vida, as atividades e os relacionamentos sociais e afetivos (SOUZA, 2009).

Embora existam essas iniciativas institucionais, é importante notar que a condição de ter sido condenado, estar preso ou ter estado em uma prisão permanece um forte estigma que, independentemente do crime e de condições sociais diversas que marcam a vivência desse

³⁰ Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia - UNIFOR.

³¹ Professora do Programa de Pós-Graduação em Psicologia - UNIFOR.

indivíduo, conduz à ideia globalizante de criminoso, perigoso, de ameaça à sociedade (SERON, 2009), comprometendo sobremaneira a participação desses sujeitos em contextos de trabalho, da mesma forma que diminui suas possibilidades de realização afetiva, educacional e política.

Esses estigmas podem ser abordados na Psicologia Social a partir das Representações Sociais, descritas como um sistema de valores, ideias e práticas originadas na vida cotidiana no curso de comunicações interpessoais, que têm, entre suas funções, orientar as pessoas em seu mundo material e social (MOSCOVICI, 2010).

Nesse sentido, propõe-se como objetivo geral desta pesquisa conhecer as representações sociais do trabalho para assistidos do sistema penitenciário cearense, considerando que ajudam a compreender as formas de inserção, estratégias e expectativas desse grupo em contextos de trabalho, uma vez que as representações preparam para a ação, seja conduzindo para o comportamento, seja modificando e reconstruindo os elementos do meio ambiente no qual o comportamento deve ter lugar.

Metodologia

Os participantes desta pesquisa são 23 assistidos, sendo 15 homens e 8 mulheres, residentes em Fortaleza, que participavam de um programa de inserção profissional para egressos do sistema prisional, em um órgão público do Ceará. A idade média dos participantes é de 30 anos, variando de 22 a 65 anos.

Entre as experiências profissionais declaradas pelos assistidos tem-se: serviços gerais, serviços domésticos, atividades no comércio informal, atividades na construção civil, destacando-se atividades relacionadas à limpeza.

A trajetória profissional e as ocupações desenvolvidas pelos assistidos sugerem uma realidade de baixa escolaridade e pouca qualificação profissional, assim como de ocupação em atividades precarizadas e de inserção em contextos informais de trabalho.

Os dados foram coletados por meio de entrevistas conduzida com roteiro semiestruturado. As questões da entrevista foram divididas em três eixos temáticos: *concepções acerca do trabalho; formas de inserção em contextos de trabalho; e expectativas de inserção no mercado trabalho.*

Foi solicitada por escrito autorização da instituição em que os assistidos trabalhavam para a realização da pesquisa. Todas as entrevistas foram realizadas pela pesquisadora responsável e ocorreram no próprio local de trabalho dos participantes, com duração média de cinquenta minutos. As entrevistas foram gravadas com o consentimento dos participantes e posteriormente transcritas. Nenhum dos sujeitos habilitados para participação na pesquisa se recusou a participar da mesma.

Após a transcrição das entrevistas, procedeu-se à leitura do material, utilizando a técnica de análise de conteúdo (BARDIN, 2010). A organização dos dados se iniciou com a leitura flutuante das entrevistas e a identificação preliminar dos principais núcleos de sentido (temas) mencionados como respostas às questões. Da análise temática conduziu-se e discutiu-se neste estudo as seguintes categorias: concepções acerca do trabalho; formas de inserção em contextos de trabalho; e expectativas de inserção no mercado trabalho.

Resultados e Discussão

Considerando a discussão atual acerca da centralidade do trabalho no mundo ocidental contemporâneo (BERNAL, 2010; NAVARRO & PADILHA, 2007), perguntou-se o que os participantes pensam sobre o trabalho. Importante mencionar que o trabalho no sistema penitenciário tem a finalidade de promover a inclusão social prevista na Lei de Execução Penal (LEP).

A análise desses dados revelou que os assistidos tenderam a conceituar o trabalho como condição chave para a sua manutenção longe das grades, para se reinserir e para se sentir cidadãos. No caso deles, a saída da prisão e a busca de trabalho é pautada pela crença na reinserção pelo trabalho.

A ideologia que está em jogo no sistema penitenciário é em muito determinada pela centralidade do trabalho (MADEIRA, 2008). Em decorrência de discursos judiciais, prisionais, científicos, religiosos e populares, o trabalho é no imaginário dos assistidos a saída para passarem a viver de acordo com as regras sociais; ou seja, como trabalhadores (MADEIRA, 2008; SERON, 2009). Neste sentido, as representações se constituem a partir de crenças consolidadas historicamente advindas da constituição do capitalismo industrial, que defendem o trabalho como solução para os problemas econômicos e psíquicos (NAVARRO & PADILHA, 2007), bem como para a saída do crime (MADEIRA, 2008). Nesta pesquisa, o retorno financeiro e a luta pela sobrevivência foram utilizados fortemente para expressar a visão dos assistidos acerca do trabalho.

Através do trabalho que consigo sobreviver: eu, meu filho e minha esposa, entendeu? É daí onde eu tiro o alimento, o sustento de cada dia, o pão de cada dia que eu levo para casa. (PARTICIPANTE 15).

Os assistidos citaram a ideia de saída do tédio, da imobilidade e do ganho da pena. O provérbio popular “mente vazia é oficina do diabo”, utilizado por um dos participantes da pesquisa, ilustra a ideia de que o trabalho tem possibilitado a ocupação e a medida correta contra os desvios de sua imaginação, pensamentos e ações relacionadas à reincidência criminosa (BARROS, 2009).

“Porque quando você assume um trabalho tira da sua mente aquilo tudo que já aconteceu no passado” (PARTICIPANTE 23).

Buscando conhecer as concepções sobre a inserção em contextos de trabalho, os assistidos tenderam a conceituar o trabalho desenvolvido descrevendo suas práticas laborais cotidianas. Pode-se pensar que falar o que fazem no dia a dia de trabalho, possibilita-lhes assumir um trabalho / uma rotina que integra as exigências cotidianas do cidadão (pontualidade, assiduidade, disciplina, responsabilidade) há muito perdidas pelo tempo que passaram presos e pelas dificuldades encontradas na vida (MADEIRA, 2008; SERON, 2009). Contudo, às vezes esse dia a dia é angustiante para os assistidos, pois em suas falas sugerem condições desfavoráveis de trabalho, que podem estar ligadas à execução das tarefas / práticas de trabalho (SERON, 2009) e à realização de um trabalho no qual falta sentido.

Às vezes todo dia pela manhã a gente acorda, trabalha de novo, eu tenho que chegar naquele canto de novo, eu creio que aquilo se torna como se fosse um fardo, né? De estresse, cansaço, de fadiga. (PARTICIPANTE 8).

Alguns entrevistados citaram o preconceito e a discriminação como impedimento para a inserção no mercado de trabalho.

O preconceito ainda existe, é muito difícil. A maior hipocrisia é dizer que o preconceito não existe, mas sempre vai existir. Até mesmo nessas células daqui que é para ajudar. Sempre vai existir. (PARTICIPANTE 7).

Os participantes, quando solicitados a falar sobre suas expectativas de inserção no mercado de trabalho, se referiam, em suas respostas, na grande maioria das vezes, a esperança na criação de novas oportunidades de trabalho e a manutenção da atividade que desenvolvem.

A análise dos dados revelou que a esperança na criação de novas oportunidades de trabalho sugere aspirações de mudança pessoal e material, bem como sonho em relação a sua vida futura e seu futuro profissional. Está presente a crença de que o trabalho pode realmente gerar condições para se estruturarem socialmente.

Eu gosto dessa área de auxiliar administrativo, né? Futuramente eu penso em fazer uma faculdade de administração; só falta eu terminar meu terceiro ano do ensino médio. Eu creio que o Senhor vai me dar condições para eu fazer a faculdade e me formar. (PARTICIPANTE 8).

Sobre a manutenção da atividade que desenvolvem, sugere-se conhecimento, gosto e permanência quanto as chances de melhorias futuras na vida pessoal e profissional, bem como de resignação, uma vez que suas histórias de vida pessoal e profissional são caracterizadas pela exploração e opressão.

“Rapaz, eu sou pai de quatro filhos. O que vier para mim, não tem como eu exigir muito não” (PARTICIPANTE 20).

É importante esclarecer que mesmo quando os participantes apresentaram discursos que se enquadraram na categoria esperança na criação de novas oportunidades de trabalho, como a de almejar um trabalho melhor; a grande maioria não demonstrou grandes esperanças, uma vez que podem ser frustradas pelas inserções temporárias de trabalho, bem como pela falta de carteira assinada e a desqualificação profissional do assistido.

Considerações finais

A pesquisa permitiu evidenciar que os egressos do sistema prisional enfrentam diversos desafios no seu retorno à sociedade, a maioria atrelada ao estigma com o qual a segregação para cumprimento da lei penal marca esses indivíduos, tornando-os vulneráveis à reincidência, porquanto dificulta sua reinserção social.

Os resultados obtidos evidenciaram o trabalho como meio de se inserirem, de se sentirem cidadãos, de sobreviverem e de mudarem de vida, embora fosse também concebido em um viés negativo, a depender da forma como é exposto para o indivíduo. Quanto às formas de inserção em contextos de trabalho, consideraram-nas oportunidades de aprendizagem, valorização e reconhecimento, sem, contudo, afastarem de cada uma as dificuldades que consideram serem a elas inerentes, a exemplo das condições em que as atividades laborais se realizam e, principalmente, das relações assimétricas construídas nesses contextos, a destacar o preconceito e a discriminação. Em relação às expectativas de inserção no mercado de trabalho, os assistidos manifestaram esperança na criação de novas oportunidades de trabalho, tendo em vista as inserções temporárias de trabalho, mas também revelaram desestímulo por força de questões como a falta de carteira assinada e a sua desqualificação profissional.

Os resultados obtidos possibilitam o alcance do objetivo proposto nesta pesquisa de se conhecer as representações sociais do trabalho para assistidos do sistema penitenciário cearense, suas formas de inserção e as expectativas em relação aos contextos de trabalho, isto é, de se compreender o que eles pensam sobre o trabalho, permitindo identificar que as representações sociais partilhadas pelos assistidos são, principalmente, objetivadas no modelo trabalhador-cidadão, que aparentemente se encontra fortemente ancorado no modelo motivacional, neoliberal.

Por fim, conclui-se que uma mudança no trabalho no sistema penitenciário é importante, mas que não pode vir senão atrelada a uma mudança na sociedade e nos seus modos de receber e lidar com os egressos.

Referências Bibliográficas

BARDIN, Laurence (1977). **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2010.

BARROS, V. B. O trabalho na contemporaneidade: delimitações em um mundo de exclusão. In: NETO, F., OLIVEIRA, R. T., & SILVA, R. D. O. (Orgs.), **Subjetividade (s) e sociedade: contribuições da Psicologia**. Belo Horizonte: Conselho Regional de Psicologia de Minas Gerais, 2009. p. 143-160.

BERNAL, Anastásio Ovejero. **Psicologia do trabalho em um mundo globalizado: como enfrentar o assédio psicológico e o estresse no trabalho**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **Falhas na gestão dos processos contribuem para a superpopulação carcerária, diz conselheiro do CNJ**. 2014. Disponível em: <<http://www.cnj.jus.br/noticias/cnj/61364-falhas-na-gestao-dos-processos-contribuem-para-a-superpopulacao-carceraria-diz-conselheiro-do-cnj>> Acesso em: 26 ago. 2018.

MADEIRA, L. M. *Trajetórias de Homens Infames: Políticas Públicas Penais e Programas de Apoio a Egressos do Sistema Penitenciário no Brasil*. 2008. Tese (Doutorado em Sociologia). Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/15656>> Acesso em: 26 ago. 2018.

MOSCOVICI, Serge. **Representações Sociais: investigações em Psicologia Social**. Petrópolis: Vozes, 2010.

SERON, P. C. *Nos difíceis caminhos da liberdade: estudo sobre o papel do trabalho na vida de egressos do sistema prisional*. 2009. Tese (Doutorado em Psicologia). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47134/tde-11122009-114347/pt-br.php>> Acesso em: 26 ago. 2018.

SOUZA, S. A. *Coletivos de Trabalhos e o Prazer e o Sofrimento em sua Construção: um estudo de caso*. 2009. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção). Universidade Federal de Itajubá, Itajubá. Disponível em: <<https://saturno.unifei.edu.br/bim/0034948.pdf>> Acesso em: 26 ago. 2018.

O processo de luto infantil nas crianças em processos psicoterápicos em uma clínica escola

Antônia Daiara Pinheiro de Lima³²

Andréa Alexandre Vidal³³

Anice Holanda Nunes Maia³⁴

Andreza Mônica Batista da Silva³⁵

Resumo

O presente estudo retrata algumas perspectivas acerca do luto infantil, objetivando investigar quais os impactos que o luto pode causar na vida de uma criança. O processo de luto é um tema trabalhado em diversas faixas etárias e fases do ciclo vital, tanto individual quanto numa perspectiva grupal e familiar. Muitas vezes, as crianças são retiradas do ambiente e das vivências em torno da morte de parentes próximos ou amigos, numa tentativa de poupá-las do sofrimento. Em relação à fase do desenvolvimento infantil, poucos são os trabalhos e conhecimentos sobre como o infante entende e vivencia o luto consigo mesmo e também, com seus familiares. A pesquisa foi realizada no ano de 2017, no Serviço de Psicologia Aplicada (SPA), do Centro Universitário Católica de Quixadá (Unicatólica). Contou com a participação de três crianças com idades de sete, nove e dez anos, que estavam em atendimento psicoterápico no SPA e, vivenciando o luto com seus familiares. Participaram também um membro familiar próximo de cada uma dessas crianças, num total de três. A coleta dos dados ocorreu através de entrevistas semiestruturadas com as crianças e os familiares destacados. A análise e discussão dos dados foram realizadas através da análise do conteúdo de Bardin, dos quais resultaram as seguintes categorias: o desconhecimento da criança diante da morte; o impacto que a morte de uma pessoa próxima traz para a vida da criança; a vivência da criança com o luto. Através dos resultados obtidos, foi possível confirmar a hipótese de que o processo de luto infantil ocasiona impactos na vida da criança, dos quais em sua grande maioria são ditos negativos, assim como originam também a falta de conhecimento e vivências dessas crianças com o sentido e o significado da morte.

Palavras-chave: Luto. Luto Infantil. Desenvolvimento Infantil.

Introdução

Muito se fala sobre o luto, como esse processo ocorre e de que forma as pessoas manifestam as suas reações diante desse momento, que é típico no ciclo vital individual e familiar. Mesmo com todo esse enfoque perante um tema tão presente em nossas vidas, percebemos uma carência de material atualizado discorrendo sobre como esse processo é elaborado na infância. Numa revisão para o embasamento deste trabalho, no ano em que a

³² Graduada em Psicologia pelo Centro Universitário Católica de Quixadá.

³³ Mestre em Psicologia pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR), Docente, Supervisora, Orientadora do curso de Psicologia e Coordenadora do Serviço de Psicologia Aplicada (SPA) do Centro Universitário Católica de Quixadá.

³⁴ Graduada em Psicologia pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR), Especialista em Saúde Pública pela UECE. Docente, Supervisora e Orientadora no curso de Psicologia do Centro Universitário Católica de Quixadá.

³⁵ Graduada em Psicologia pelo Centro Universitário Católica de Quixadá e Estagiária do ER Sebrae - Sertão Central.

pesquisa foi realizada, encontramos o artigo intitulado “Morte repentina de genitores e luto infantil: uma revisão da literatura em periódicos científicos brasileiros” (2011), que nos mostrou que nas buscas nas bases de dados Index Psi, PsycINFO, Web of Science, Scopus, Medline, SciELO, Bireme e BVS-Psi, foram encontradas um total de onze publicações em revistas brasileiras, sendo duas de autores estrangeiros (ANTON & FAVERO, 2011).

Muitas vezes há a ocorrência das crianças ficarem de fora ou distantes do momento da morte, do velório e do enterro de parentes próximos e amigos. Numa tentativa de poupá-las da dor ou até mesmo, de evitar mal-estar e sofrimento decorrentes do luto (KUBLER-ROSS, 2008).

Dessa forma, compreendemos que a criança não deve ser poupada de viver esse luto, mas sim, deve ser amparada e preparada para os futuros momentos recorrentes desta situação. De acordo com Kubler-Ross (2008), permitir que as crianças participem das conversas sobre o tema, “faz com que não se sintam sozinhas na dor, dando-lhes conforto de uma responsabilidade e luto compartilhado.”

Algumas crianças são retiradas de suas próprias casas ou ainda, afastadas de familiares durante dias, para que não vejam e nem sintam a dor decorrente da perda. Mas, o que acontece é justamente o contrário; pelo afastamento, as crianças se sentem sozinhas e sem compreender ao certo o que realmente está acontecendo (LIMA & KOVÁCS, 2010).

É do conhecimento da maioria das pessoas que o luto faz parte da existência humana, sendo este momento caracterizado por angústia, dor, dificuldade de aceitação, dentre outros quesitos. É um momento do ciclo vital considerado como difícil, pelo qual passa toda a humanidade. Se acostumar com a perda ou a falta que o ente querido faz é um momento subjetivo e que exige cautela (CARTER & MCGOLDRICK, 2008).

No que diz respeito à perda para os adultos, é um tanto compreensível que eles saibam trabalhar melhor a situação pela qual estão passando, podendo lidar com mais discernimento sobre o fato. Contudo, nesse mesmo ciclo, encontram-se também um número variável de crianças, e essas têm sua forma específica de vivenciar esse luto. Por isso, questionamos: Quais seriam os impactos que o luto traz para a vida de uma criança?

Metodologia

Esta pesquisa teve um cunho qualitativo, referentes aos objetivos e os dados colhidos. Teve ainda um caráter descritivo, já que em algumas ocasiões precisamos descrever momentos, sentimentos e até mesmo, correlações entre determinados dados obtidos para a pesquisa.

De acordo com Weber e Dessen (2011), a pesquisa qualitativa está sendo cada vez mais utilizada e reconhecida, é um método que ajuda o pesquisador a ter ainda mais contato com a subjetividade do sujeito, bem como ver, ouvir e sentir de forma mais.

A pesquisa foi realizada no Serviço de Psicologia Aplicada (SPA), do curso de Psicologia do Centro Universitário Católica de Quixadá (Unicatólica), entre fevereiro e maio de 2017. A coleta dos dados ocorreu por meio de duas entrevistas semiestruturadas, confeccionada pelas pesquisadoras e, aplicadas da seguinte forma: uma delas com o responsável pela criança pesquisada e a outra com a criança.

A amostra foi composta por três crianças, sendo uma do sexo feminino e duas do sexo masculino, com idades variando entre 07 e 10 anos, em atendimentos psicoterápicos individuais no SPA, no semestre 2017.1. Participaram ainda três familiares, sendo um de cada criança, distribuídos em uma mãe, uma tia e uma avó. A entrevista ocorreu de forma individual, inicialmente com o familiar e depois com as crianças. Foram gravadas, transcritas e, após o manuseio para obtenção dos dados, foram destruídas.

Durante a entrevista com as crianças ocorreram momentos lúdicos, através de desenhos e fantoches. Dessa forma, acreditamos que existiu uma maior vinculação entre a pesquisadora assistente e a criança, bem como uma possível abertura para acessarmos os sentimentos e experiências vividas por elas em seus processos de luto. O estudo seguiu as determinações éticas regulamentadas pelas diretrizes da Resolução de número 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, tendo sido aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Centro Universitário Católica de Quixadá (Unicatólica), sob parecer de número 2.056.726.

Para a análise e discussão dos dados obtidos, utilizamos a técnica de análise do discurso de Bardin (2011), onde todas as unidades de categorização foram obtidas através das perguntas direcionadas aos sujeitos da pesquisa, bem como de suas respostas.

Resultados e Discussão

Diante de todo o histórico exposto durante as entrevistas e nas respostas dos questionários, resultando no material coletado e analisado, foi possível identificarmos momentos os quais foram agrupados e categorizados na discussão dos resultados, aliada aos referenciais bibliográficos utilizados para um embasamento teórico. As categorias retratadas a seguir evidenciam a pesquisa. Atentamos que os participantes foram nomeados da seguinte forma, visando a preservação, o sigilo e a ética: os familiares S¹, S² e S³ e as crianças C¹, C² e C³.

Categoria 1: “O desconhecimento da criança diante da morte”

Percebemos em todas as entrevistas, tanto dos familiares quanto das crianças, a falta de conhecimento do infante sobre a morte, ainda considerada um tabu que cerca as famílias, onde as crianças se deparam com perdas e novos sentimentos que as deixam desorientadas. Isto traz prejuízos emocionais para essas crianças. Quando foram questionadas se “em algum momento foi explicado para a criança sobre a morte?”, os familiares responderam das seguintes formas:

“Não, nunca” (S¹).

“Não, eu nunca expliquei pra ele não” (S²).

“Não, nunca mulberçinba, nunca fizemos isso. O pior bixinha, da gente, do ser humano é isso, por que a gente sabe que todo mundo vai morrer, mas a gente nunca entra nesse assunto, acho que é por que a gente não quer que ninguém morra que a gente não fala” (S³).

Foi possível perceber também nas respostas das crianças, a insatisfação relativa ao desconhecimento diante da perda. Quando questionadas se sabiam algo sobre a morte, de modo geral diziam que não saber. Sobre este fato, Carter e McGoldrick (2008) citam que uma das reações mais típica de famílias é a de querer manter distância da realidade da morte, numa busca de manter baixa a tensão emocional e o equilíbrio estabilizado.

Categoria 2: “O impacto que a morte de uma pessoa próxima traz para a vida da criança”

De acordo com o exposto nas entrevistas, foi possível percebermos como a perda e o luto são impactantes na vida de uma criança e, de que forma isso interferiu na relação da criança com o mundo e com os demais que a rodeiam. Sua percepção sobre a vida, os outros e até sobre ela mesma se alterou.

Ocorreram mudanças relativas à autoestima e a falta de ânimo para realizar as tarefas do dia-a-dia. Muitas vezes, a vontade de realizar sonhos também foi perdida. Nas entrevistas, diante da pergunta “como a criança passou a se comportar depois da perda da pessoa?”, as seguintes respostas foram lançadas:

“Antes ela era mais agressiva! “Ela agora está mais calma” (S¹).

“Quando eu vejo alguma coisa triste pela televisão eu começo a chorar” (C¹).

“Ele ficava quieto, ele não era assim não. Ele ficou assim, muito “rebelião” (S²).

“A vida ficou chata” (C²).

“Menos agressivo do que antes, por que antes ele era muito” (S³).

“A vida ficou ruim” (C³).

É necessário frisar que o processo de luto pelas mortes em contextos familiares, são vividos também de maneira diferentes: quanto mais a família depende emocionalmente do indivíduo que faleceu, maior será a agitação vivida entre as gerações familiares e as reações que os mesmos terão, durante e após o momento de despedida e do luto, sempre de acordo com suas vivências e subjetividade (CARTER E MCGOLDRICK, 1995).

Foi percebido durante todo o processo de entrevista a proximidade do grau de parentesco das crianças com as pessoas falecidas causando, portanto, um grande desconforto emocional nos últimos tempos, bem como a modificação de suas vidas em consequência dessas mortes.

Categoria 3: “A vivência da criança com o luto”

As crianças possuem uma maneira subjetiva e única de vivenciar o luto, se expressando verbal ou não verbalmente, com comportamentos típicos desta fase do desenvolvimento humano. Muitos são os sentimentos e comportamentos que podem aparecer nesse momento marcado por dor e sofrimento.

“ele passou assim, triste né, sempre chorando, de cabeça baixa” (S²).

“ele adoeceu quando ele sonhou com o pai dele, da logo febre. Muito triste” (C²).

“se você falar o nome dela ele já se transforma, ele fica totalmente como se tivesse sem ar. Ele se desesperou, a pressão dele subiu, ficou 18/15. Não é mais aquele menino que corria muito, que brincava muito, que sorria muito” (S³).

Tomando também a relação das mesmas com a necessidade de falar sobre o luto, não é o que se mostrou presente na vida das crianças que participaram da pesquisa. Elas pareciam não ter ainda o hábito de falar, nem de expressar seus sentimentos através de um diálogo, sempre que possível elas “fugiam”, do assunto.

“ela chorou, ela pediu pra não ir pra escola, porque lá os meninos tudinho ia ser buscado pelos pais deles, só não ela” (S¹).

“e as vezes fica sentada no sofá olhando pro céu da janela e chorando. Eu me sinto um pouquinho mal; “sim, um aperto” (C¹).

“sim, dói no peito”, eu chorei” (C³).

O que foi possível perceber nos relatos é que muitas vezes elas sequer sabem nomear quais sentimentos que possuíam. Acreditamos que isso ocorreu devido a uma falta de diálogo em relação às mortes, perdas e lutos que as famílias evitavam discutir com as crianças, sendo que esse passo se tornou necessário para uma maior familiarização com os seus próprios sentimentos.

Considerações finais

O presente artigo trouxe a possibilidade de debate, tendo em vista o aumento do número de mortes na sociedade brasileira, de acordo com as taxas apontadas em pesquisas, jornais e noticiários. Uma pesquisa realizada em 2017 pelo Monitor da Violência, que é uma do G1 com o Núcleo de Estudos da Violência da USP e o Fórum Brasileiro de Segurança Pública, cita dados como mais de 60 mil pessoas assassinadas no Brasil, com uma taxa de morte de 28,5 para cada 100 mil habitantes. Além, de não trazer os dados de mortes naturais, o que nos faz confirmar um número ainda maior de mortes e famílias enlutadas.

Isso nos levou a reflexões sobre as crianças que convivem diariamente, a partir destas mortes, com esse momento nos seus ciclos vitais individuais e familiares. Através da pesquisa, mesmo sendo realizada com um reduzido número de participantes, pôde verificar os impactos do luto na vida das crianças acometidos por esta situação.

Importante lembrar que a pesquisa foi realizada com crianças, ou seja, indivíduos que estão em fase de desenvolvimento inicial, o que pode ocasionar uma reorganização psíquica no curso do desenvolvimento humano. Portanto, os dados apresentados poderão estar sujeitos a modificações em anos futuros, mostrando assim, a abertura para novos estudos sobre o tema nos anos vindouros.

Referências Bibliográficas

_____. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Lei Federal nº 8069, de 13 de julho de 1990.

ANTON, M. C; FAVERO, E. Morte Repentina de Genitores e Luto Infantil: uma revisão da literatura em periódicos científicos brasileiros. **Interação em Psicologia**. Curitiba, V. 15, n.1, out, 2011.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2011.

KUBLER-ROSS, E. **Sobre a Morte e o morrer**: o que os doentes terminais tem para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e aos seus próprios parentes. 9º ed. - São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2008.

LIMA, V.R. KOVÁCS, M.J. **Morte na Família**: Um Estudo Exploratório Acerca da Comunicação à Criança. São Paulo, 2010.

WEBER, L. DESSEN, M.A. **Pesquisando as famílias**: instrumentos para coleta e análise de dados. Curitiba: Juruá, 2011.