ANAIS

III CONGRESSO DE PSICOLOGIA

As diversas faces do cuidar

III Congresso Multidisciplinar de Saúde

Humanização em saúde – desafios e os novos cenários

Caderno de Trabalhos Completos

2018

COMISSÃO ORGANIZADORA

Marcio Bruno Barra Valente, UNAMA

Gabriela Souza do Nascimento, UNAMA

Elizabeth Samuel Levy, UNAMA

Rosângela Araújo Darwich, UNAMA

Bianca Nascimento de Souza, UniCEUMA

Arina Marques Lebrego, UNAMA

Cíntia Mara Lavratti Brandão, UNAMA

Samantha Moraes Cabral Lobato, UNAMA

COMISSÃO CIENTÍFICA PSICOLOGIA

Alessandro Melo Bacchini, UNAMA

Ana Letícia De Moraes Nunes, UNAMA

Ana Tereza Frade De Araújo, UNAMA

Arina Marques Lebrego, UNAMA

Barbara Araujo Sordi, UNAMA

Bianca Nascimento de Souza, UniCEUMA

Cíntia Mara Lavratti Brandão, UNAMA

Elizabeth Samuel Levy, UNAMA

Fernanda Monteiro Lima, UNAMA

Gabriela Souza do Nascimento, UNAMA

José Guilherme de Oliveira Castro, UNAMA

Marcio Bruno Barra Valente, UNAMA

Niamey G. Brandão Costa, UNAMA e UFPA

Rosângela Araújo Darwich, UNAMA

Solange Da Conceição Bernardo Soares, UNAMA

Vivian Fragoso Rei Monteiro, UNAMA

PARECERISTAS AD HOC NA QUALIFICAÇÃO DOS TRABALHOS CIENTÍFICOS

Alessandra Pinheiro Garcia, UNAMA

Alessandro Melo Bacchini, UNAMA

Ana Letícia De Moraes Nunes, UNAMA
Ana Tereza Frade De Araújo, UNAMA
Arina Marques Lebrego, UNAMA
Barbara Araujo Sordi, UNAMA
Bianca Nascimento De Souza, UniCEUMA
Christian Diego De França Gaspar, UFPA
Cíntia Mara Lavratti Brandão, UNAMA
Danielle Graim Cardoso Faria, UNAMA
Elizabete Cristina M. Ribeiro, UNAMA
Elizabeth Samuel Levy, UNAMA
Fernanda Monteiro Lima, UNAMA
Gabriela Nascimento Souza, UNAMA
Luciana Do Nascimento Castello, UNAMA
Marcio Bruno Barra Valente, UNAMA
Niamey G. Brandão Costa, UNAMA e UFPA
Patrícia Socorro Nunes Pereira, UNAMA
Rosângela Araújo Darwich, UNAMA
Sandra Brandão De Lima, UNAMA
Solange Da Conceição Bernardo Soares, UNAMA
Suelen Nicole Da Silva Lobato, UNAMA
Vivian Fragoso Rei Monteiro, UNAMA

PARECERISTAS AD HOC NA QUALIFICAÇÃO DAS APRESENTAÇÕES DOS TRABALHOS CIENTÍFICOS

Agnnes Caroline Alves de Souza, UNIFAVIP
Alessandro Melo Bacchini, UNAMA
Ana Carolina Peck Vasconcelos, UNAMA
Antônio Carlos Pires Maia, UNAMA
Arina Marques Lebrego, UNAMA
Danielle Graim Cardoso Faria, UNAMA
Fabiane da Silva Pereira, UNINASSAU
Fernanda Monteiro Lima, UNAMA

Patrícia Socorro Nunes Pereira, UNAMA
Suelen Nicole Da Silva Lobato, UNAMA

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Carlos Dantas
CRB2/ 1388

Congresso de Psicologia (3 : 2018 : Belém).

Anais do III Congresso de Psicologia, 26 a 28 de abril de 2018, Belém [recurso eletrônico]: as diversas fases do cuidar: III Congresso Multidisciplinar de Saúde: Humanização em Saúde – desafios e os novos cenários: caderno de trabalhos completos / Organizado por Marcio Bruno Barra Valente et al. [realização UNAMA] – Belém: UNAMA, 2018.

521 f. : 21 x 30 cm.

Disponível em: http://revistas.unama.br/index.php/anaispsicologia.index
ISSN: 2526-527X

1. Psicologia - Congresso. 2. Pesquisa em Psicologia. 3. Humanização em saúde. I. Valente, M. B. B., org. II. Nascimento, G. S. do, org. III. Levy, E. S., org. IV. Darwich, R. A., org. V. Souza, B. N. de, org. VI. Lebrego, A. M., org. VII. Brandão, C. M. L., VIII. Lobato, S. M. C. Org. VIII. As diversas faces do cuidar.

APRESENTAÇÃO

O III Congresso de Psicologia: as diversas faces do cuidar, inserido na programação do III Congresso Multidisciplinar de Saúde: Humanização em saúde, novos desafios e novos cenários foi realizado no Hangar – Centro de convenções da Amazônia, de 26 a 28 de abril 2018, contou com a apresentação de 130 trabalhos científicos, produzidos por profissionais liberais, pesquisadores, docentes e discentes de diferentes Instituições de Ensino Superior do Estado do Pará e outros. O presente caderno torna público alguns trabalhos anteriormente apresentados no caderno de resumos expandidos, não obstante, em suas formas completas. Mais uma vitória para a Psicologia Paraense, pois proporcionou aos participantes uma chance a mais de visibilizarem seus trabalhos, os quais se constituem como vozes das diferentes formas de fazer ciência em psicologia no norte do Brasil. Deste modo, a Universidade da Amazônia (UNAMA) em sua missão principal, cumpre com a tríade estrutural que reúne ensino, pesquisa e extensão, possibilitando o fortalecimento da psicologia enquanto ciência e profissão.

COMISSÃO ORGANIZADORA

III CONGRESSO DE PSICOLOGIA

As diversas faces do cuidar

CADERNO DE TRABALHOS COMPLETO

POR UMA GESTÃO DO CUIDAR – LIMITES E DESAFIOS EM RELAÇÃO AO TRABALHO COM OS DISCENTES

VALENTE, Márcio Bruno Barra
barra_valente@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

O presente trabalho foi elaborado em virtude do III Congresso de Psicologia: as diversas faces do cuidar, o qual está inserido na programação do III Congresso Multidisciplinar de Saúde: Humanização em saúde – desafios e os novos cenários.

OBJETIVO

Refletir acerca das possíveis relações entre gestão e cuidado a partir de uma experiência pessoal e profissional enquanto antigo coordenador de um curso de psicologia em uma Instituição de ensino superior privada da cidade de Belém.

METODOLOGIA

O presente trabalho, ademais, constitui-se como uma elaboração ensaística, sendo ela marcada por incursões introdutórias no pensamento de Martin Heidegger (2003; 2001), e comentadores (SODELLI e SODELLI-TEODORO, 2011), busco sustentar um exercício reflexivo não no sentido de procurar uma causalidade linear entre gestão e cuidado nem estabelecer relações de produtividade entre elas. Pelo contrário, procuro com o exercício habilitar-me a experiência de abertura à experiência da gestão do cuidado a fim de pensar seus limites e desafios no trabalho com os discentes.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Para começar, preciso partir do mais simples: o que é isto, o cuidado? No dicionário de língua portuguesa, a expressão “cuidado” diz respeito à atenção, prudência, esmero, gentileza na realização de alguma atividade, por exemplo, como trabalhar ou atravessar uma rua. Ao mesmo tempo, a expressão é usada no sentido de preocupação ou responsabilidade para consigo, “eu devo arcar por meus comportamentos”, e para com outras pessoas, “eles estão sob meus cuidados”. Portanto, de modo simples, “cuidado” parece dizer respeito a um tipo de tratamento

especial destinado a alguma coisa ou alguém. O “especial” sugere que algum tipo de tratamento realizado com atenção, esmero ou carinho que normalmente não estaria presente.

O cuidado aparece ainda como responder por si mesmo ou por outras pessoas. Isso, então, é o que podemos aprender sobre o cuidado a partir do dicionário. Essas definições expressão, pelo menos parcialmente, o que desejo quando me refiro a gestão do cuidar. Embora ainda faltem um elemento, afirmo que o cuidado foi definido como responsabilidade pelos outros. Mas quem são os outros? Para uma coordenação de um curso, em uma universidade, tendo em vista minha experiência, eles são: docentes, discentes, preceptores, técnicos, usuários e outros.

Essas últimas informações servem para organizar o elemento que faltava a definição: a gestão. Em linhas gerais, ela diz respeito à administração de pessoas, métodos, políticas, técnicas e práticas que tenham por finalidade transformar, desenvolver, aprimorar a cultura organizacional, determinada função ou objetivo comum à instituição (CHIAVENATO, 1999). Então, a gestão do cuidar foi definida como um direcionamento de esforços no gerenciamento de docentes a fim de instigá-los a desenvolverem ações destinadas aos discentes, sendo todas elas de caráter formativo, seja teórico e técnico, seja prático e vivencial.

Desde 2016 as ações estão sendo montadas a partir dos desejos dos próprios docente e organizadas em torno ou de Grupos de Estudo ou de Projetos Vivências.

Neste primeiro semestre de 2018, por exemplo, foram ofertados dez grupos cujos enfoques vão desde o estudo das abordagens (Centrada na Pessoa, Gestalt-terapia), passam por temas (depressão; psicanalise e cinema; ansiedade e teoria analítico comportamental; gênero, feminismos e violências; feminismo negro, dentre outros) e envolvem as áreas de atuação (grupo sobre grupos, psicologia da saúde e psicanálise). Por sua vez, os projetos vivencias foram ofertados oito, os quais propiciam experiências teóricas, práticas e vivenciais. Para citar apenas três: Psicologia, saúde mental e protagonismo social, o qual envolve a participação de discentes (5º até 9º semestres) em atividades destinadas as famílias da comunidade Santana do Aurá; projeto inspiralattes destinado à compreensão da importância da pesquisa na carreira acadêmica de discentes, de qualquer semestre, e Psicologia da saúde, humanização e escuta, o qual se volta ao treinamento técnico e teórico de alunos (do 7º e 8º semestres) para a comunicação de más notícias na área hospitalar

e da saúde. Embora passados apenas alguns anos ou semestres da implementação das referidas ações, já podemos avaliar seus impactos.

Neste sentido, percebo cada vez uma maior adesão dos discentes à elas, por exemplo, alguns grupos de estudo têm listas de espera que chegam a 60 nomes de alunos. Isso evidência a vontade deles por mais do que o de ensino de qualidade em sala de aula. Avalio ainda que as ações facilitaram processos de identificação dos discentes com a própria Psicologia, como ciência e profissão, já que o número de evasão por esse motivo reduziu nos últimos semestres. Há também um elemento que tem surgido: um certo sentimento de pertencimento em relação ao curso ou a coordenação dele. Isso pode ser percebido através de depoimentos nas redes sociais ou em pelos corredores da universidade. Porém, de modo mais preciso, quando os representantes de turmas discutem entre si e alguém entre eles ataca o curso ou a coordenação, muitos veem em defesa.

Essa situação é um problema já que a defesa sempre vira ataque, quase sempre desproporcional, sendo, no final, um problema a qual a gestão deve mediar. Mas ela tem sido interpretada como sinal de que algo mudou. Ademais, precisamos, verificar o sentimento de pertença através de ferramentas próprias de investigação. Ademais, as ações impactaram os discentes quanto a relação entre identidade universitária e a identidade profissional. A partir do exposto acima, em paralelo a aproximação dos estudantes com a psicologia ocorre um processo de responsabilização frente a formação profissional.

De modo simples, percebo um maior ocupar-se da formação através das oportunidades geradas pelos grupos de estudo e projetos vivencias, sendo que esse "ocupar-se" vem à palavra de alguns deles quando perguntados na forma de "preciso melhorar o meu currículo, eu quero fazer mestrado, residência". Por fim, é relevante destacar que alguns grupos e projetos têm se tornado mais do que momentos complementares à formação, isto é, espaços de aprendizado significativo e qualitativo, provocando modificações comportamentais, emocionais, morais e éticas (ROGERS, 1997), ainda espaços terapêuticos, nos quais os discentes têm encontrado compartilhamento de experiências, escuta e apoio. Embora isso tivessem sido planejados era esperado. Por isso, neste semestre, objetivando visibilizar a gestão do cuidar, a coordenação do curso elaborou o slogan: "a gente cuida do curso e o curso cuida da gente".

Em poucos semestres, o curso de Psicologia mudou, afinal as ações oxigenaram tanto discentes quanto docentes, os quais se envolvem mais e mais com ideias e novas propostas de ações. Estamos colhendo alegrias, satisfações e contentamentos. Todavia, seria no mínimo um erro parar minha reflexão aqui. Na verdade, ela nem começou. Apesar de tudo que disse ou paralelo a isso tudo, percebemos sinais ou sintomas distintos dos expostos até o momento. Digo "percebemos" por que ele foi sinalizado, em especial, pelas professoras responsáveis pelo comitê ENADE cujas ações se voltam a discentes dos últimos semestres. É a partir das conversas com elas, com a nova coordenadora do curso e os próprios discentes, elaboro de modo ensaística minhas palavras.

A gestão do cuidar acabou gerando alguma coisa além do previsto, algo cujo impacto precisa também ser avaliado. O fortalecimento da relação entre identidade universitária e identidade profissional, por alguma razão que exige mais atenção, parece ter gerado um mal-estar em alguns discentes, em especial, os dos últimos semestres. Esse surge em maneirismos e falas que reiteram ressentimentos, pois afirmam não terem tido tantas oportunidades quando estavam no início do curso ou que os novos alunos são privilegiados enquanto eles são preteridos, assim como esgotamento, já que muitos entre eles estão aproveitando as ações ao máximo. Por isso, estão cansados física, intelectual e emocionalmente para enfrentar as exigências já esperados para quem está saindo da universidade. Quando pergunto sobre o envolvimento em muitas ações complementares, alguns respondem, "preciso aproveitar agora antes de me formar". De certo maneira, isso já aparecia quando o "ocupar-se" com a formação se traduzia como "preciso melhorar o meu currículo, eu quero fazer mestrado, residência". Atualmente a diferença surge no excesso e do deslocamento do ocupar-se com o preocupar-se, já que alguns relatam estarem mais e mais ansiosos enquanto outros se exigem um grau de excelência como se fossem profissionais experientes. Assim como existem aqueles que nutrem expectativas adoecedoras, sedo injustas e não contextualizadas com suas vidas pessoais e universitárias.

O excesso de "pré-ocupação curricular e profissional" parece determinar a interpretação dos discentes acerca da própria formação. Desta maneira, não seria errado descrever o que alguns deles vivem, contraditoriamente, como uma espécie de afastamento da formação como experiência na formação. Depois de avaliar tudo o

que foi dito, resta perguntar: teria a gestão do cuidar se perdido? Quando ultrapassamos o limite? Quando ela se perdeu? Ainda é possível encontrar o ponto de virada? Será que erramos quanto decidimos agregar gestão e cuidado? Seriam ambas inconciliáveis? Ou a queixa dos discentes dos últimos semestres, em específico, constituir-se-ia em uma dramática não coletiva de maneira a não colocar em xeque o trabalho realizado? Perguntas pertinentes, embora não servem ao propósito de abrir o pensamento para a experiência mesma do que acontece. Do que tento descrever aqui. O que fazer?

Talvez, inspirado pela atitude fenomenológica, precise voltar ao início, Mas não perguntado sobre o cuidar, pois este caminho já foi trilhado e levou exatamente para o ponto no qual estamos todos. Resta, então, perguntar o mesmo, porém, de modo diferente: o que é isto, ser cuidado? Quando eu fui um bebê e me deram o que comer, eu fui cuidado? Quando alimento uma criança com fome ou rego uma planta com água, trata-se do mesmo cuidado? Quando minha mãe me pergunta: “meu filho, tu estás indo ao médico?”, eu estou sendo cuidado? Quando minha esposa me diz: “tenho te percebido calado, tu estás bem?”, e, depois, pergunta, “estas feliz no teu trabalho?”, eu estou sendo cuidado? Quando eu penso: “Qual o sentido de trabalhar na coordenação? O que tenho que fazer para trabalhar na coordenação?”, eu estou me cuidando?

Heidegger (2003) argumenta que não é aleatória a escolha que fazemos quando decidimos cuidar. Nosso escolher está baseado em um tríplice aspecto: 1) do que se vai cuidar ou não, no sentido do que está próximo ou distante de nossos cuidados, por exemplo, do meu cliente na psicoterapia ou das crianças da Síria; 2) do modo como se vai cuidar ou não, isto é, como vou cuidada do meu cliente? Como posso ser habilitado a ouvi-lo verdadeiramente? 3) de como se vai cuidar desse cuidar mesmo, ou seja, como eu cuido da habilidade de ouvir realmente? Estou estudando adequada e suficientemente? Estou aprimorando conhecimentos teóricos e práticos? Estou realizado no meu trabalho como psicoterapeuta? Como eu cuido da experiência do cuidar mesmo? Quais os esforços que realizo para me manter aberto a experiência da experiência do cuidar do meu cliente? Para Heidegger (1993), repetindo, não escolhermos aleatoriamente o cuidado como fazer nem como ofício ou profissão. Assim, quando decidimos pela psicologia ou o trabalho na gestão, sem sombra

dúvidas, escolhemos um fazer enraizado no cuidar, tendo muita ou pouca ciência disso.

Parte deste cuidar está ligado radicalmente a conhecimentos teóricos e técnicos legitimados cientificamente, por vezes, conhecimentos mais periféricos e quase subversivos. Não obstante, repito, parte do cuidar se relaciona a conhecimentos aprendidos ou conteúdos apreendidos. Neste sentido, a gestão do cuidar foi bem sucedida, haja vista que os grupos de estudo e projetos vivencias tiveram como objetivo oportunizam uma melhor preparação discente quanto ao exercício profissional. E não se pode falar de psicologia como profissão sem falar de cuidado. Assim, quando aprendiam sobre as teorias em psicologia, temáticas pertinentes e técnicas a partir da atuação em contextos socioculturais e institucionais diferentes, enfim, aprendiam sobre o exercício do cuidar. Não obstante, pergunto: que faceta do cuidar acabamos privilegiando e preterindo?

A resposta parece óbvia agora, em especial, quando avaliamos o impacto não previsto em alguns discentes do curso, como já referido no texto: o excesso de pré-ocupação curricular e profissional parece afastar os discentes da experiência na formação. Em outros termos, alguns deles submergem no mar de oportunidades geradas pelo curso, sentem-se esgotados. A impossibilidade de dar conta de todas elas, os excessos de conteúdo e as exigências eles ligadas, resultam na sensação de “não vou dar conta de tudo”, a qual acaba gerando desmotivação.

Eles podem aprender sobre teorias e técnicas que me permitam o exercício do cuidar, mas isso não significa conhecer o cuidado em toda sua abrangência e profundidade nem que estejam em contato com o ser cuidado ou ainda com a experiência do cuidado no cuidar mesmo, no sentido heideggeriano, isto é, o cuidar do cuidar mesmo. Ou, no contexto devido, enquanto gestão, como convidar os discentes a cuidarem do cuidar mesmo que eles decidirem realizar quando escolheram a Psicologia? Talvez, a partir de agora, tenhamos um pouco mais claro o desafio de uma gestão do cuidar. Nada do que foi feito estava errado nem deve ser descartado, pois o exercício do cuidado em psicologia exige habilidades e competências. Entretanto, elas não definem a experiência mesma do cuidar nem o cuidado com o cuidar mesmo. Sem dúvidas, eis o nosso desafio para os próximos anos no curso de Psicologia: criar também espaços de desconstruam – não no sentido

de jogar fora e sim de reutilização, ressignificação – do falatório em torno da experiência discente na formação.

CONCLUSÃO

Para Marcelo Sodelli e Alessandra Sodelli-Teodoro (2011), a partir do pensamento heideggeriano, o falatório regula o que é e como se fala cotidianamente acerca de algo, portanto, trata-se de uma interpretação que circunscreve não apenas a compreensão mediana de algo, mas suas disposições possíveis no mundo. Por isso, o "falatório esconde e oculta aquilo de que se fala, ao qual também corresponde um escutar que não atenta verdadeiramente ao que se escutou. O falatório é, portanto, o contrário de uma apropriação originária do que se fala" (SODELLI e SODELLI-TEODORO, 2011, p. 256). Deste modo, precisamos criar espaços que convidem os discentes a descontruir o falatório em torno de experiência formativa que cada um realiza, assim como acompanhá-los em um esforço genuíno na apropriação de suas falas originarias. Isto é, dá experiência originário do cuidado que fez com que decidissem pela psicologia.

Neste sentido, a fim de possibilitar um emprenhamento do pensar, proponho duas coisas: uma anedota socrática contada por Heidegger (200, p. 55): "um sofista viajado pergunta a Sócrates 'Você continua aí dizendo sempre a mesma coisa? Você torna as coisas fáceis para você?" Sócrates responde: "Não, vocês sofistas é que facilitam, porque vocês sempre falam as coisas mais novas e supernovas e sempre a mesma coisa. Mas o difícil é dizer a mesma coisa e o mais difícil ainda: dizer a mesma coisa do mesmo". Agora, à quem lê ou à quem ouve, especialmente se você é da área da psicologia ou de outras áreas da saúde, convido a seguinte meditação, mas, antes disso, pare e feche os olhos. Respire. Sinta o ar entrar e sair. Respire. Respire até sentir o corpo, o coração acalmar. Relaxe. Feito isso, a meditação começa: lembre-se do instante no qual você escolhe à psicologia. De quando você acreditou em você.

Descobriu, apostou que cuidar das pessoas seria seu ofício, sua profissão, sua vocação. Faça isso, não será tão fácil, mas é preciso lembra do momento originário que te trouxe até aqui, pois, agora na reta final na sua formação, possas experimentar a mesma coisa do mesmo.

Palavras-chaves: Gestão de pessoas; Heidegger; Fenomenologia existencial; Psicologia.

REFERENCIAS

CHIAVENATTO, Idalberto. Gestão de pessoas: o novo papel dos recursos humanos nas organizações. Rio de Janeiro: Campus, 1999.

HEIDEGGER, M. Seminários de Zollikon. São Paulo: EDUC; Petrópolis, RJ: Vozes, 2001.

_____ Ser e Tempo. Petrópolis RJ; Vozes, 2003.

SODELLI, Marcelo e SODELLI-TEODORO, Alessandra. Visitando os “Seminários de Zollikon”: novos fundamentos para a psicoterapia fenomenológica. In: Psic. Rev. São Paulo, volume 20, n.2, 245-272, 2011
https://revistas.pucsp.br/index.php/psicorevista/article/view/10343

ROGERS*, Carl.* Tornar-se pessoa*.* Trad. Manuel J. C. Ferreira, 5 ed. São Paulo: Martins Fontes,1997.

ACADÊMICOS DE PSICOLOGIA: RELATO DE EXPERIÊNCIA NO COTIDIANO DO PLANTÃO PSICOLÓGICO

FERREIRA, Thaís Silva Ferreira
thais.ke28@hotmail.com
MENDES, Ana Beatriz Mendes
QUEIROZ, Ana Beatriz
FREITAS, Anna Flávia de
LEVY, Elizabeth Samuel Levy

INTRODUÇÃO

O presente trabalho relata, e discute a experiência e a importância do Projeto de Extensão Plantão Psicológico e Contemporaneidade: elaboração interventiva em clinica escola, em sua relevância e benefício gerados no percurso acadêmico de alunas do curso de Psicologia da Universidade da Amazônia. Ressaltamos a importância de o projeto incrementar ensino, pesquisa e extensão e proporcionar aos alunos além da atuação profissional, o incentivo teórico e prático como plantonistas, na qual foram participantes.

OBJETIVO

O Plantão se configura como um projeto de responsabilidade social, na medida em que oferece a comunidade em geral suporte psicológico em situações de crise ou urgência psicológica. O objetivo do presente trabalho: apresentar a relevância das experiências referentes à vivência e conhecimento adquiridos por acadêmicas de psicologia da UNAMA - Universidade da Amazônia, na qual foram participantes deste projeto de pesquisa e extensão em clínica escola.

METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência, o qual discorre sobre a experiência dos primeiros atendimentos enquanto estudantes de psicologia, a segurança, crescimento, habilidade na condução da escuta, possibilitando uma associação com os conhecimentos teóricos e práticos, também relata a importância da experiência na transcrição dos atendimentos e destaca a importância da supervisão clínica na condução e manejo dos atendimentos. Destarte inseridos no processo seletivo, os

plantonistas passam por um processo de capacitação que consiste em um treinamento prévio de atuação realizado pelas coordenadoras do projeto, consistindo na simulação de atendimentos psicológicos ou situações de cunho emergencial. Sendo devidamente supervisionado por um corpo de preceptores capacitados para suas funções, contando com o suporte dos coordenadores do projeto, o início dos atendimentos ocorreu de agosto a dezembro de 2017, acontecendo uma vez por semana o atendimento psicológico e uma outra vez a supervisão.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

A partir do nosso questionamento de como seria unir a prática com a teoria aplicadas e abordadas em sala, de fato, coerentes e iguais à prática no contexto da atuação dentro da nossa área especificamente. Esse questionamento nos motivou a experienciar esse processo, no qual podemos passar da teoria a pratica, saindo desta posição de mero ouvinte, e poder vivenciar a teoria e executá-la. Assim, buscamos aqui relatar como se deu esse processo da prática clínica no primeiro atendimento realizado pelas plantonistas, a importância de validar os atendimentos através da transcrição e o apoio da equipe de plantonistas veteranos, professoras, supervisoras e preceptoras. Nesse cenário em busca de novos conhecimentos, construção, desconstrução e descoberta surgem à oportunidade de inserir-nos ao projeto de extensão Plantão Psicológico, considerado um espaço de acolhimento que visa fornecer ao usuário em sofrimento, um lugar em que possa falar sobre suas angústias. O plantão psicológico é um espaço de intercessão, entre teoria e prática, espaço este que possibilita acadêmicos de psicologia, o contato vivencial com a clínica assim como suas vicissitudes e demandas que surgem frente a este cenário. A proposta de trabalho de um plantão psicológico visa a proporcionar aos estudantes de psicologia um primeiro contato com as dificuldades, superações e desafios da clínica psicológica, o que promove a interação do material teórico oferecido em sala de aula com a prática psicológica e fomenta uma gradual e simbólica experiência clínica, necessária em qualquer área da psicologia (BUCIANO, NETO, 2015 P. 40). É inevitável que durante a formação os desejos e anseios pela clínica surjam, e o plantão psicológico permite com que se essas vivências sejam efetivadas e exercitadas, assim contribuindo para crescimento profissional. O plantão é um serviço institucional, aberto junto á comunidade uma vez que atende à população em geral de todas as faixas etárias. É

nesse sentido que entendemos a psicanálise no âmbito institucional quanto à prática desenvolvida no plantão psicológico como uma forma possível de aplicação da psicanálise, uma vez que, em tais situações, é necessário utilizar recursos diversos da análise convencional. Ao acolher o discurso do sujeito, o analista provoca, com sua pessoa em prontidão para a escuta, fenômenos transferências. Lembramos que, em sobre o início do tratamento, Freud (1913/1996) afirma que devemos alertar o analisando desde o início para a regra fundamental da análise, que consiste em manter um discurso que se caracteriza por uma livre associação de ideias e, portanto, difere de uma conversa corriqueira. Tal serviço possibilita o acolhimento e escuta imediata a todos os que procuravam a clínica-escola. Trata-se de uma nova forma de atendimento, amparado em um alicerce clínico, no entanto, remodelado para um perfil de usuários que buscam atendimento psicológico de urgência. Além de contribuir para a formação de profissionais, as clínicas escola exercem relevante papel social no que se refere ao acesso a serviços psicológicos destinados à população menos favorecida economicamente (BUCIANO, NETO, 2015 P. 38). Partindo do ponto de vista de que a psicanálise foi originalmente construída para abarcar o trabalho com as neuroses, entendemos que a psicanálise aplicada representa uma forma de ampliação da psicanálise. Nesse sentido, é possível considerar que o plantão psicológico não se confunde com o tratamento padrão, embora possa repousar sobre o mesmo corpo conceitual teórico no qual se apoia a teoria psicanalítica. (BUCIANO, NETO, 2015 P. 41). De acordo com Rosário e Kyrillos (2015, p.40) o Plantão psicológico proporciona aos estudantes de psicologia um primeiro contato com as dificuldades, superações e desafios da clínica psicológica, o que promove a interação do material teórico oferecido em sala de aula com a prática psicológica e fomenta uma gradual e simbólica experiência clínica, necessária em qualquer área da psicologia. Com isso, pudemos perceber o quão é importante e essencial a prática dessa extensão para nossa formação. Além de proporcionar maior aprendizado, o plantão foi mais uma oportunidade de crescimento acadêmico e profissional. A experiência do primeiro atendimento psicológico, da primeira escuta clínica torna-se inesquecível, frente a toda expectativa que nos é gerada ao acolher, ouvir e estar com e para o outro. É inegável que o primeiro contato surge com uma carga de responsabilidade muito grande para alunos de psicologia em sua primeira experiência de atendimento psicológico. Porém, a cada atendimento, poder escutar, acolher e cuidar visivelmente

parecia aliviar o sofrimento psíquico do indivíduo que veio buscar um amparo na urgência de seu conflito, além de ser gratificante para quem atende. O primeiro encontro que tivemos com o usuário do plantão nos trouxe insegurança no quesito de como proceder, como preencher o prontuário e para onde encaminhá-los, mas o apoio da equipe (plantonistas e supervisores/preceptores) foi de fundamental importância para nosso crescimento enquanto futuros profissionais. Apesar das nossas dificuldades dentro do primeiro atendimento, o crescimento que é gerado após esse encontro é enriquecedor e não existe uma formula certa. O processo de facilitação acontece quando se está inteiro e se é verdadeiro para com o outro. Após o atendimento é feita a transcrição, ou seja, anota-se o material trazido pelo usuário, bem como o conteúdo trabalhado pelo plantonista, em que é possível perceber o manejo frente à demanda que surge, a postura, o estabelecimento do rapport, e do quão facilitador se foi nesse processo. Percebe-se então a importância de transcrever a demanda, detalhar os fatos e produzir uma escuta eficiente, que consiga de fato descrever a demanda que nos surgiu. O papel exercido pela supervisão é indispensável, uma vez que, é através da interpretação do caso, do profissionalismo e experiência, que nos ajudam a perceber a dor do outro e nos dão suporte para proceder com os atendimentos, gerando confiança, acolhimento e incentivo em nós mesmo. É inevitável que algumas demandas nos mobilizem, pois, alguns conteúdos podem nos atravessar ou suscitar em nós algo que já vivemos, contudo, esse suporte nos possibilita e nos fomenta a desenvolvermos em nós a capacidade de interpretar e produzir uma boa escuta, assim como atuar nas desordens psíquicas e sofrimento que atingem o usuário. O contexto da supervisão no plantão tem caráter de escuta e intervenção de casos clínicos, consistindo em uma troca de informações, entre o plantonista e supervisor, afim de que o plantonista relate o caso e o supervisor possa auxilia-lo nas possíveis intervenções e rumos que o atendimento seguinte possa tomar, sendo estas intervenções sempre compatíveis com as peculiaridades do atendimento em questão, tendo em vista a articulação entre teoria e a pratica a partir do suporte ético. Desta forma, a função do supervisor clínico é de muita responsabilidade, já que é dupla, pois deve formar o terapeuta iniciante e, simultaneamente, assegurar que o cliente receba um atendimento adequado (BECKERT, 2002). Ao realizarmos o primeiro atendimento, utilizamos do nosso embasamento teórico e técnico do aprendizado decorrente da academia, a supervisão

em um segundo momento nos permite que possamos realizar os próximos atendimentos com o devido suporte e orientação adequada, a partir de questões que sejam levantadas na supervisão, na qual precisam de um olhar mais minucioso sobre o caso, sendo este um processo indispensável e imprescindível na pratica dos atendimentos do plantão. Nesse sentido é através dessa orientação que nos damos conta de coisas que podem nos passar imperceptível certas vezes, nos trazendo assim até a repensar certas intervenções, abordagens, técnicas e métodos durante os atendimentos, implicando eticamente, pois desconsiderar uma supervisão decorre de uma negligência para com o usuário, no qual pode estar tendo um suporte falho no quesito de suprir sua demanda e somente devidamente orientados podemos saber se estamos no caminho certo. O supervisor deve acompanhar o progresso dos alunos, auxiliar no desenvolvimento das habilidades, além de acolher, compreender e orientar comportamentos explícitos e encobertos, como sentimentos, pensamentos e ações propriamente ditas (FREITAS, NORONHA, 2007). Nesse sentido o plantonista encontra na supervisão não só um lugar para um embasamento metodológico correto, mas também um lugar de escuta de suas emoções, acolhimento, demandas pessoais, acerca do atendimento ofertado, que possam ter lhe atravessado de alguma forma, ou somente tenha lhe marcado, como uma preocupação em relação ao usuário, é um lugar no qual você pode colocar em cheque seus medos, inseguranças e angustias. A partir do primeiro contato com o usuário é possível ocorrer a transferência, conceituada por Freud pela repetição de uma necessidade mal resolvida no passado, demarca a mesma como sendo a forma que o sujeito transfere suas representações de vivências passadas para o momento presente, assim, diante deste sofrimento do paciente, o plantonista se põe a escutar e acolher. Ou seja, o paciente encontra na figura do analista (plantonista) um modelo de identificação possibilitando a reprodução com os seus afetos ou desafetos inconscientes entrelaçados a significantes do seu passado, este no qual possibilita uma repetição de afetos para com o analista. Além disso, o paciente coloca o plantonista no lugar do suposto saber, ou seja, supõe que este possua um saber sobre seu sintoma e sobre seu sentido. A partir da transferência estabelecida no processo terapêutico o analista (plantonista) pode contra transferir para o usuário, estando este intimamente ligado ao processo transferencial, levando em conta este como um processo relacional e indissociável.“ Este termo originalmente utilizado por Freud no idioma alemão para definir o fenômeno da contratransferência

foi Gegenübertragung, a composição de Übertragung – transferência – e Gegen – que pode ser compreendido como contra, algo em direção a, ao redor de. Nesse sentido entende-se por contratransferência como uma reciprocidade para com o usuário, são sentimentos do analista (plantonista) que podem emergir a partir da relação e dos sentimentos externalizados pelo usuário, sendo essas emoções consideradas reativas do paciente e a suas vivencias, não dizendo respeito diretamente a pessoa do plantonista. Por tanto reconhecer esse ponto é crucial para o plantonista conseguir identificar que é algo referente à sua subjetividade. Nessa perspectiva a supervisão propicia um lugar de elaboração de saber do plantonista, antes, durante e depois de cada encontro com o supervisor, podendo ser levados na supervisão demandas transferenciais e contratransferências como já mencionado, lugar do plantonista de se confrontar com suas limitações em relação a demanda do usuário, seus desejos contratransferências, que somente a partir da elaboração do plantonista pode-se haver uma possível intervenção do supervisor em prol de auxiliar esse manejo em busca do êxito no processo, sendo esta não somente nesse contexto uma sucessão de três encontros, mas sim um processo relacional. De acordo com FREUD (1912), a associação livre, regra fundamental que visa alcançar o objeto da psicanálise: o inconsciente baseia-se em o analisando falar livremente tudo o que lhe ocorre, sem selecionar ou excluir o que lhe parecer insignificante. Nomeada por Anna O. como “limpeza de chaminé”, também é entendido como “a cura pela fala”. Dessa forma, por se tratar de uma escuta emergencial, o plantão psicológico promoverá um atendimento de uma escuta do inesperado, em que o plantonista estará à frente de uma demanda do inconsciente que quer ser escutado. “Por meio da fala, é dada ao paciente a oportunidade de se conectar com ideias recalcadas que produzem os sintomas atuais. Assim, ele passa a ter uma nova compreensão desta memória. Supõe-se que, na medida em que o paciente mantém ideias recalcadas de eventos ligados ao passado, este passado torna-se presente, uma vez que é constantemente atualizado através dos sintomas. Quando a reação é reprimida, o afeto permanece ligado à lembrança e produz o sintoma. ” (FOCHESATTO, 2011) Se para o analisando é utilizado a associação livre, para o analista é necessário manter a atenção flutuante, modo pelo qual o analista conduzirá a escuta de forma a deixar a atenção suspensa, sem privilegiar, a priori, qualquer elemento do discurso do paciente, compreendendo que há algo para ser escutado além do que foi dito. É o desprendimento das

influências conscientes do analista. Nas palavras de Freud (2017[1912], p. 116): “ele deve voltar seu próprio inconsciente, como um órgão receptor, na direção do inconsciente transmissor do paciente”. Em relação ao Plantão Psicológico, é correto dizer que esta é uma prática clínica contemporânea e que exige do plantonista o mesmo comprometimento com a escuta e acolhimento que o analista deve ter para com o analisando (DAHER et al., 2017). O que diferencia os dois modelos são questões como a durabilidade do tratamento, aprofundamento das queixas trazidas e tempo de atendimento. Assim, o plantonista terá que se atentar ao sofrimento psíquico daquele momento, para que consiga fazer intervenções diante dessa demanda a fim de que o sujeito consiga se reposicionar. O plantão psicológico oferta três atendimentos, podendo no primeiro atendimento o sujeito conseguir obter esta ressignificação, através da escuta da sua fala. Já em outros casos, pode ocorrer uma resistência do usuário, Enquanto, num setting psicanalítico, o tratamento é mais extenso, com duração de meses e anos, o plantão psicológico oferece seus serviços com tempo limitado, podendo, inclusive, encerrar em um único encontro. Por outro lado, visto que atua com situações emergenciais, o tempo de atendimento não é limitado aos cinquenta minutos tradicionais da clínica analítica, podendo ultrapassar de acordo com a demanda trazida. Por ser de caráter imediatista, o plantonista não se aprofunda nas demandas antigas do usuário, foca na questão emergencial, sem investigar questões da infância que não seriam relacionadas diretamente à queixa trazida. É importante o reconhecimento por parte dos plantonistas que deverão também valorizar o autocuidado. Vimos como importante, descrever a participação e colaboração da equipe de plantonistas mais antigos, que quando precisávamos nos acolhiam, cobriam turnos, e facilitavam o contato entre membros da equipe, para que todos conseguissem fazer um bom trabalho. Segundo Tassinari (2003, p.11), o Plantão Psicológico como um tipo de atendimento psicológico que se completa em si mesmo, realizado em uma ou mais consultas sem duração predeterminada, objetivando receber qualquer pessoa no momento exato (ou quase exato) de sua necessidade, para ajudá-la a compreender melhor sua emergência e, se necessário, encaminhá-la a outros Serviços. Todo esse processo tornar-se efetivo e obtém sucesso quando a equipe trabalha em conjunto, plantonistas, preceptores e supervisores que no cotidiano moldam e visam meios para que, de fato, o plantão psicológico aconteça e atinja seu objetivo, ou seja, atender a população que vem

buscar ajuda psicológica em seu momento mais vulnerável. Conclusão A partir do exposto, a experiência de ser plantonista do Projeto Plantão Psicológico é de suma relevância, pois nos coloca frente à intercessão entre teoria e prática, o que consideramos de grande valia na experiência clínica. Tivemos a possibilidade de pôr em prática os conhecimentos colhidos no percurso da graduação em Psicologia, podendo assim desenvolver técnicas e conhecimentos no atendimento de cunho psicoterapêutico possibilitando a interação e explanação feitas em prol de aprimorar nossos conhecimentos e habilidades na escuta e acolhimento do sofrimento psíquico das pessoas em crise psicológica. Sendo assim, concluímos que alunos com habilidades de conduzirem e atender situações de urgência psíquica possa além de obter experiência clínica, oferecer ao usuário um atendimento digno, ético, bem como a agregar experiências valorosas e construtivas que enriquecem a nós, futuros profissionais da Psicologia.

REFERÊNCIAS

ROSÁRIO, Ângela Buciano do; KYRILLOS NETO, Fuad. Plantão psicológico em uma clínica-escola de psicologia: Saúde Pública e Psicanálise. A peste, São Paulo, v.7, nº 1, p.37-48, jan/jun. 2015.

TASSINARI, M. A. Clínica da urgência psicológica: contribuições da abordagem centrada na pessoa e da teoria do caos. 2003. Tese (Doutorado em Psicologia). Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2003.

DAHER, A. C. B. et al. Plantão psicológico a partir de uma escuta psicanalítica. Semina: Ciências Sociais e Humanas, Londrina, v. 38, n. 2, p. 147-158, jul. /dez. 2017.

FREUD, S. O caso Schreber e artigos sobre técnica. In: ____. Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise (1912). São Paulo: Companhia das Letras, 2017.

FOCHESATTO, W. A cura pela fala. Estudos de Psicanálise, Belo Horizonte, n. 36, dez. 2011 FOSTER, Marta. Associação livre de ideias: via régia para o inconsciente - a especificidade do método. J. psicanal., São Paulo, v. 43, n. 79, p. 201-216, dez. 2010. Disponível em . Acessado em 23 maio 2018.

ZAMBERLLI, Cássio Koshevnikoff. et al. Sobre o conceito de contratransferência em Freud, Ferenczi e Heimann. Psic. Clin., Rio de Janeiro, vol. 25, n.1, p. 179 – 195, 2013.

BECKERT, M. Relação supervisor-supervisionando e a formação do terapeuta: contribuições da psicoterapia analítico funcional (FAP). In: GUILHARDI, Hélio José (org.). Sobre comportamento e cognição: contribuições para a construção da teoria do comportamento. Santo André: ESETec, 2002, pp. 245-256 FREITAS, F. A; NORONHA, A. P. P. Habilidades do Psicoterapeuta Segundo Supervisores: Diferentes perspectivas. Revista de Psicologia da Vetor Editora, vol. 8, n. 2, pp. 159-166, 2007.

III CONGRESSO DE PSICOLOGIA: as diversas faces do cuidar.
De 26 a 28 de abril de 2018. Belém – PA/
HANGAR – Centro de Convenções da Amazônia
Volume 03 – ISSN: 2526-527X
CADERNO DE TRABALHOS COMPLETOS
http://revistas.unama.br/index.php/anaispsicologia/index

LINHAS DE PROGRESSO NA TÉCNICA PSICANALÍTICA: POR UMA PRÁTICA PSICANALITICA NO CONTEXTO HOSPITALAR

LEBREGO, Arina Marques
arinamlebrego@gmail.com
SORDI, Barbará Araújo
VASCONCELOS, Ana Carolina Peck

INTRODUÇÃO

Freud (1919|1918| 1996) no texto intitulado "*Linhas de progressos na terapia psicanalítica*" apresentado no V Congresso Psicanalítico Internacional, realizado em Budapeste em Setembro de 1918, pouco antes do final da 2ª Guerra Mundial, mostrou-se aberto à possibilidade da psicanálise se estender para além dos consultórios privados, para alcançar uma parcela maior da sociedade, inclusive aqueles que, pelas dificuldades econômicas e sociais desfavoráveis, não tivessem condições de bancar o tratamento – porém, com a ressalva de que o analista que sustentasse essa aposta mantivesse os princípios da psicanálise em sua prática.

Inúmeras transformações econômicas, políticas e sociais se deram do ano em que Freud escreveu o texto acima citado (1918) até os dias atuais, de forma rápida e dinâmica, a clínica psicanalítica ganhou novos espaços de atuação, como clínicas, postos de saúde e hospitais públicos e privados. Com isso, o que podemos observar é que a prática psicanalítica em contextos distintos do tradicional consultório particular vem sendo debatida e difundida nos últimos anos.

A presença do psicanalista nos hospitais públicos representa a concretização da aposta de Freud no texto citado, sobre a possibilidade de uma psicanalise extramuros, fora do âmbito clássico da sua práxis: a clínica privada. O hospital, campo original da invenção da psicanalise, tanto para Freud quanto para Lacan, cada vez mais conta com esta possibilidade de atendimento, a ponto de nos deparar com uma população que, ao buscar um alívio inscrito no corpo, tem acesso a uma oferta de escuta analítica (ELIAS e COSTA ROSA, 2015).

Também para Lacan (1967/2003), a função de um psicanalista não devia ser limitada à intimidade do exercício clínico. Para este autor, a prática da psicanalise no âmbito das instituições públicas de assistência, possibilita o encontro com outros

discursos que sustentam diferentes práticas nesse campo institucional. Segundo Lacan é no âmbito da extensão que é possível conhecer os efeitos da práxis psicanalítica, mantendo o rigor ético e resguardando as diferenças em relação ao seu enquadramento tradicional.

Segundo Simonetti (2015), a clínica psicanalítica no hospital é uma clínica pela palavra, entre vários, em pé e olhando para o paciente. A simples presença do psicanalista no hospital coloca em destaque a singularidade do sujeito. Como sustentar a escuta da subjetividade na cena hospitalar? Neste estudo compreendemos a cena hospitalar como o encontro do sujeito com a doença no contexto da medicina.

De início, chama atenção a constatação de que a cena hospitalar se organiza a partir de critérios objetivos, e de forma contrária a psicanálise trabalha justamente com a subjetividade do paciente. O sujeito vem vindo pela vida e então, de repente, ou às vezes lentamente, se vê diante de uma realidade perigosa chamada doença. A doença é um real do corpo no qual o sujeito esbarra e quando isso acontece toda a sua subjetividade é sacudida. É então que entra em cena o psicanalista, que se oferece para escutar esse sujeito adoecido falar de si, da doença, da vida ou da morte, do que pensa, do que sente, do que teme, do que deseja e do que quiser falar (SIMONETTI, 2015).

OBJETIVO:

O presente trabalho tem como objetivo investigar e discutir as possibilidades interventivas da psicanálise no contexto hospitalar.

METODOLOGIA

Em termos metodológicos, trata-se aqui de uma pesquisa de natureza eminentemente teórica e que utiliza como método a revisão bibliográfica sobre o tema proposto na literatura científica especializada. Na pesquisa teórica, podemos apontar a implicação dos pesquisadores frente ao objetivo de estudo eleito, estando estes, portanto, implicados como sujeitos nas construções e análises realizadas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir da consulta à literatura especializada elaboramos duas categorias, a seguir apresentadas em formato de sessões.

Condições necessárias para que uma prática clínica seja considerada como psicanalítica

Nesta categoria destacamos que a escuta do psicanalista deve ser balizada por conceitos como inconsciente, sintoma, resistência e transferência (MORETTO, 2002).

Segundo Simonetti (2015), a psicanalise leva em conta na sua abordagem ao processo do adoecimento, as noções de subjetividade, de inconsciente, de realidade psíquica, de um ser humano dividido e estruturado pela linguagem, da angustia como companheira inseparável do homem, do adoecimento como o encontro com o real, do desamparo como condição existencial, da posição do analista escapando ao lugar do sabe-tudo, em especial, de que não existe o jeito certo nem de adoecer nem de enfrentar a doença: cada um atravessa o adoecimento ao seu modo.

Figueiredo (1997) aponta como condições mínimas para que se identifique como psicanálise determinado modo de trabalho clínico os seguintes fatores: a consideração da realidade psíquica, tendo como sua fonte primária o inconsciente, que emerge na fala a que temos acesso, ao tratarmos do sofrimento psíquico só podemos fazê-lo pelo que aparece dessa realidade em palavras repletas de sentido.

Acolher e não responder ao pedido e suportar o incomodo do não saber a priori permitem que a presença real do analista crie a demanda em alguns casos. Presença real que garante a circulação da pulsão (LACAN, 1963-1964/1985).

Sabemos que as demandas chegam ao psicanalista quando a ciência falha, e isso já define o real como o que escapa do programável. A presença do analista pode acolher a contingencia em prol do sujeito, e fazer revirar o apego ao saber e revelar a verdade do sujeito foracluído pela ciência. Um saber exterior ao sujeito o transforma em objeto de uma técnica (MACHADO PINTO, 2013, MOURA, 2015).

Dentre as condições mínimas para que uma prática seja considerada psicanálise é o estabelecimento da transferência. A transferência é o movimento do sujeito que apresenta ao analista algo de sua realidade através da fala; como terceira condição a autora destaca que se deve considerar uma determinada concepção do tempo que é a mola-mestre da interpretação, *nachtraglichket – o posteriore,* só depois, uma palavra ou ação do analista só tem efeito num tempo posterior de um segundo

acontecimento, essa concepção de tempo está presente na própria causa psíquica indicando que o tempo para a psicanalise não é linear ou evolutivo.

No hospital o tempo é veloz, embora possa parecer uma eternidade, dependendo da situação. Não há nenhuma novidade nessa noção de relatividade temporal, mas no hospital acrescenta-se a isso o cruzamento de dois tempos: o da medicina e o do sujeito. O primeiro da ordem da urgência e o segundo do universo da elaboração. O médico tem pressa, é preciso agir logo, pois a vida corre perigo; já o sujeito precisa de tempo, em todos os sentidos, quer mais tempo de vida, necessita de tempo para elaborar as rasteiras que a vida lhe dá, em especial o adoecimento (SIMONETTI, 2015).

Outra condição que podemos destacar é a consideração do que o analista faz para suportar sua oferta de análise, até onde foi na própria análise determina a possibilidade e os limites de fazer operar o dispositivo que constitui o trabalho analítico.

Simonetti (2015), destaca que o dispositivo psicanalítico opera no binômio fala-escuta, criando uma articulação tão estrutural entre associação livre e escuta que a ausência de uma desqualifica a outra. A associação livre sem uma escuta produz pouco efeito, como podemos ver nos solilóquios. E o endereçamento dessa fala para alguém que escuta em posição neutra que cria a energia necessária para um verdadeiro trabalho psíquico. Por um lado, se existe alguém escutando mas quem fala cumpre um roteiro predeterminado de temas a serem abordados, como na anamnese ou nos questionários padronizados, não se avança muito em termos de subjetividade-embora, é claro, se consiga um bocado de informações clinicas. Na psicanalise a função da palavra e da linguagem não é informar, mas sim evocar.

Um psicanalista vale-se de uma escuta flutuante que não valoriza ou desvaloriza nenhum caminho em princípio, segue o fluxo do dito do paciente até que algo inesperado, para o psicanalista e para o paciente se manifeste. Mesmo no hospital, lugar de destaque da doença, não cabe ao psicanalista guiar o paciente para falar da doença, ou temas relacionados. A estratégia é levar o paciente a falar, do que? Não sabemos. Pode até ser da doença, mas não pode ser principalmente da doença, a não ser que seja uma escolha do paciente. o paciente fala do que ele quiser, ou puder, naquele momento. É evidente que na prática o paciente muito

frequentemente começa falando da doença, mas o psicanalista deve estar atento para não fechar a conversa nesse tema (SIMONETTI, 2015).

No hospital a doença é o centro da conversa apenas como ponto de partida, mas não é o guia da fala- esta se guia pela associação livre do paciente, e não pela situação de adoecimento, que se faz muito presente mas como ponto de partida, e nunca como objetivo. É a associação livre que cria a magia da psicanalise. É por não serem guiadas de fora que as ideias e as falas do paciente o acabam levando a lugares desconhecidos até por ele mesmo. A afirmação de que falar auxilia a fazer a travessia do adoecimento é uma alegação de natureza empírica, ou seja, observa-se que de fato isso ocorre (SIMONETTI, 2015).

A magia da fala, de que fala Freud, está ligada à importância que ela tem para o ser humano. Para Lacan, essa importância é plena na medida em que para ele o humano é um ser de fala. Ao explicar que a linguagem é talvez a característica mais importante que separa os homens dos outros animais (SIMONETTI, 2015).

O uso da técnica psicanalítica no contexto hospitalar

Nesta refletimos que para se exercer a psicanalise no hospital, o analista precisa reconhecer as diferenças de um trabalho analítico clássico da psicanálise no consultório particular, do trabalho desenvolvido no contexto hospitalar.

O psicanalista, trabalhando em um hospital, terá que se confrontar com pessoas doentes, acidentadas, com corpo costurado, pacientes intubados e famílias desesperadas; podendo realizar atendimentos ao lado do leito do paciente, nos corredores do hospital, tendo muitas vezes como testemunhas do atendimento membros da equipe, familiares e até outros pacientes. No entanto, isso não impede seu trabalho, já que o psicanalista é uma função.

Este vai até o leito e oferta a escuta, e com isso se confronta com o fato de que o paciente foi ao hospital a procura do tratamento médico e não estava pensando em se deparar com a figura do analista. Neste encontro é de se esperar que alguns pacientes fiquem um tanto desapontados quando se deparam com um analista que lhe pede que falem sobre si mesmo, e neste encontro o que falam o fazem como se tivessem encontrado o que não sabiam exatamente que procuravam: a si mesmos, mas supõe por transferência, que este saber está no Outro – analista (MORETTO, 2002).

Outro aspecto técnico relevante no fazer psicanalise no contexto hospitalar é o *setting*, que de acordo com Moretto (2002), é constituído por um conjunto de normas acerca da duração dos atendimentos, número de encontros semanais, a posição para o paciente falar, como deve se dar os pagamentos, e este *setting* não podem ser considerados como algo fixo e imutável.

Devemos tratar o *setting* como um artificio, uma construção do psicanalista para que a análise se dê, portanto um espaço psíquico. Por fim, pontuamos a questão do tempo breve no atendimento em instituições hospitalares, que é permeado pelo objetivo da intervenção, que é facilitar a mudança da posição subjetiva do sujeito, um processo no qual ele passe da queixa sintomática à elaboração de uma questão sobre si, chamada retificação subjetiva. Objetivo modesto que não pretende ser o final da análise, nem tão pouco determinar uma análise interrompida, mas que pode significar o momento inicial da trajetória analítica do sujeito.

Outro fator técnico de importância diz respeito ao trabalho do psicanalista no seio de uma equipe, que deve ser levada em consideração, para Moretto (2002) por ter como referência um discurso e uma ética diferentes dos outros profissionais da equipe, é muito importante que o psicanalista tenha clareza da sua função, para que sua práxis não se confunda com as outras.

A construção do lugar do psicanalista na equipe depende, entre outras coisas, do tipo de demanda que a equipe lhe dirige e da forma como o analista responde a ela. O desafio é acolher e atender essas solicitações quando condizem com a busca em sustentar a emergência do sujeito em sua singularidade, e recuar quando estas demandas estão a serviço da despersonalização do sujeito.

Na psicanalise não se trata somente da ética do analista, em relação com o sujeito em sua singularidade, mas também da ética do discurso psicanalítico dentro da instituição, frente aos outros discursos. A instituição permite “uma terceira via”, um lugar onde a clínica se faz operar e dita coletiva: uma clínica feita por muitos. Esta prática da psicanalise na instituição foi nomeada na clínica lacaniana de uma “prática entre vários” para se referir a uma clínica que aposta no sujeito, na capacidade de produção de discursos, atrelada à posição da equipe que pode colaborar nesta direção (ZENONI, 2000; ELIAS E COSTA-ROSA, 2015).

O modo de resposta do profissional, seu modo de operar, é que decide, a *posteriore*, se há ou não a verdadeira psicanalise em seu ato. A disponibilidade do

analista, que pode ser definida pela sua presença implicada do analista, que possa promover a abertura para que advenha o sujeito do inconsciente. Assim, ao oferecer sua presença no hospital, o psicanalista se coloca diante do desafio de construir novos dispositivos clínicos, a fim de formalizar essa práxis, mantendo seu rigor ético (MATOS, 2003; ELIAS E COSTA-ROSA, 2015).

Como participantes de uma instituição, somos também confrontados com os efeitos do discurso que nela predomina. Somos arrastados pela linguagem da "tribo" e sofremos quando não conseguimos que a singularidade de nossa fala faça se reconhecer. Sofremos pelo fato institucional em si mesmo, inevitavelmente: devido a contratos, pactos, comunidades e acordos inconscientes ou não, que nos unem reciprocamente numa relação assimétrica, na qual se experimenta necessariamente a distância entre a exigência (a restrição pulsional, o sacrifício dos interesses do eu, os entraves para o pensar) e os benefícios esperados. Sofremos com excesso da instituição, sofremos também com a sua falha, com o seu fracasso para garantir os termos dos contratos e dos pactos, para tornar possível a realização de nossa tarefa primaria que é o de oferta escuta ética e singular em um espaço palco de contradições, como a instituições hospitalar, limítrofe entre vida e morte. (SOUZA, 2017).

CONCLUSÃO

Neste estudo destacamos a importância de discutirmos as possibilidades interventivas da psicanálise no contexto hospitalar, adequado a ética e técnica psicanalítica a este novo e promissor contexto, constituindo a partir da teoria freudiana linhas de progresso na técnica psicanalítica. Neste sentido a literatura especializada aponta para a viabilidade de se fazer psicanálise no hospital porque neste espaço há gente em sofrimento psíquico, que fala e, mais ainda, que deseja e precisa falar. Assim sendo, trabalhar psicanaliticamente com pacientes hospitalizados é uma aposta na dimensão subjetiva do sujeito, pois onde há um outro que sofre demandando ser escutado, há possibilidades para a realização de um trabalho analítico.

Palavras-chave: Psicanálise; Hospital; Técnica psicanalítica.

REFERÊNCIAS

ELIAS, V.A.; COSTA-ROSA,A, A Psicanalise e sua práxis no hospital público no campo das decisões e do sujeito: uma experiência com transexuais. : ELIAS, et al. Horizontes da Psicologia Hospitalar: Saberes e fazeres. SP: Editora Atheneu, 2015.

FREUD, S. (1919|1918). Linhas de Progresso na Terapia Psicanalítica. IN: ESB. Op. Cit. V. XVII.

FIGUEIREDO, A. C. Vastas confusões e atendimentos imperfeitos: A clínica psicanalítica no ambulatório público. RJ: Relume-Dumará, 1997.

MACHADO, P.J. Oncologia – clínica do limite terapêutico? Psicanálise e Medicina. Belo Horizonte: Artesã, pp. 11-21.

MATTOS, S. A disponibilidade do analista. E.B.P. Escola Brasileira de Psicanalise, Belo Horizonte, p. 52-59. 2003.

MORETTO, M. L. O que pode um analista no hospital? SP: Casa do Psicólogo. 2002.

MOURA, M. D. Psicanalise e Hospital – um lugar para o sujeito a parti de diferentes praticas discursivas. In: ELIAS, et al. Horizontes da Psicologia Hospitalar: Saberes e fazeres. SP: Editora Atheneu, 2015.

SIMONETTI, A. Psicologia Hospitalar e Psicanálise. SP: Casa do Psicólogo, 2015.

SOUZA, M. L.R. de. Vertentes da Psicanalise: o hospital, a violência, a clínica e a escrita. SP: Person, 2017. (Coleção Clínica Psicanalítica)

ZENONI, A. Psicanalise e instituição: a segunda clinica de Lacan. Revista Abrecampos. Revista de Saúde Mental do Instituto Raul Soares, Belo Horizonte, ano I, n. 0, p. 12-93.2000.

III CONGRESSO DE PSICOLOGIA: as diversas faces do cuidar.
De 26 a 28 de abril de 2018. Belém – PA/
HANGAR – Centro de Convenções da Amazônia
Volume 03 – ISSN: 2526-527X
CADERNO DE TRABALHOS COMPLETOS
http://revistas.unama.br/index.php/anaispsicologia/index

A PRÁTICA PSICOLÓGICA COM PACIENTES EM TRATAMENTO HEMODIALÍTICO: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

SOUZA, Ana Carolina Santos de
anascarolina@hotmail.com
MONTEIRO, Vívian Fragoso Rei
LEBREGO, Arina Marques
SANTOS, Maria do Carmo dos Santos

INTRODUÇÃO

O presente estudo procurou debater sobre o atendimento psicológico desenvolvido aos pacientes que realizam tratamento de hemodiálise. Para tanto, teve como ponto de partida a experiência vivenciada durante a Disciplina Estágio Supervisionado em Psicologia da Saúde I e II, realizado no ano de 2017, em um Hospital Geral, que atende pacientes do SUS e da rede privada. Deste modo, visou a escuta do sofrimento psíquico de pacientes com Insuficiência Renal Crônica, utilizando o recurso das palavras como via de expressão dos afetos que os mesmos carregavam consigo desde o momento do diagnóstico até o período de tratamento. Segundo Pascoal *et al*., (2009) a Insuficiência Renal Crônica (IRC) faz parte do conjunto das doenças crônicas por acarretar na perda definitiva da função renal. Conforme Maciel (2002, p. 55): “os rins, assim como o coração e os pulmões, desempenham papel vital no organismo humano”. Os rins são responsáveis pela filtragem e eliminação de substâncias tóxicas do corpo, o seu não funcionamento origina o desenvolvimento de um quadro patológico denominado uremia, que pode levar o sujeito à intensa debilidade física, constituindo, assim, a Insuficiência Renal Crônica (IRC). Santos e Sebastiani (1996 *apud* MACIEL, 2002) conceituam a doença crônica como um estado patológico permanente que produz incapacidade residual e resulta em severas alterações não reversíveis, sendo necessário longo período de observação, controle e cuidados. Maciel (2002, p. 57) descreve a IRC como: “uma síndrome provocada por uma grande variedade de nefropatias, as quais, devido à sua evolução progressiva, determinam de modo gradativo e quase sempre inexorável, uma redução global das múltiplas funções renais, isto é, glomerulares, tubulares e endócrinas”. Deste modo, a IRC é caracterizada pelo o rim incapacitado de exercer

suas múltiplas funções homeostáticas. De acordo com Pascoal *et al*., (2009), a IRC afeta indivíduos de diferentes faixas etárias e são inúmeras as causas da perda da função renal: doenças sistêmicas que afetam diretamente os rins como diabetes e hipertensão, doenças congênitas, ou ainda as doenças hereditárias. Com o desenvolvimento da doença podem aparecer diferentes sintomas como: perda de interesse em atividades, dificuldade de atenção e relaxamento, perda ou diminuição da energia vital, falta de ar, hemorragia digestiva, hálito urêmico (leve odor de urina), enjoos, vômitos, anemia, edema dos membros inferiores, alterações do paladar, hipertensão arterial, etc. Vale ressaltar que o uso de substâncias tóxicas ou infecções resultam em grande agressão ao rim e aceleram o agravamento da doença. Maciel (2002) exemplifica três fases clínicas da IRC: na primeira o sujeito pode não apresentar sintomas ou sinais da doença, nem alterações bioquímicas sanguíneas, eventualmente percebe-se hipertensão arterial leve ou moderada; na segunda o sujeito demonstra uma elevação discreta dos níveis sanguíneos e a hipertensão arterial é quase constante, nota-se também uma anemia moderada, que causa uma sensação de fraqueza e desânimo; a terceira fase é marcada pela falência renal devido à evolução progressiva da nefropatia ou pelas agressões impostas ao rim, a anemia torna-se mais intensa, a hipertensão arterial gera repercussões vasculares, além de manifestações gastrointestinais, cardiopulmonar e neuromusculares. Sobre os aspectos físicos, Maciel (2002, p. 59) afirma que após a falência renal “a pele mostra-se pálida, de coloração amarelo-palha, seca, com manchas hemorrágicas e múltiplas escoriações (...) as manifestações gastrointestinais de uremia incluem anorexia intensa, náuseas e vômito”. O hálito urêmico é uma particularidade desta fase e alguns pacientes apresentam a diarreia sanguinolenta. As alterações cardiopulmonares são intensas, a hipertensão arterial gera sobrecarga cardíaca e edema corporal, além de aumentar o risco de acidentes vasculares cerebrais. A medida que a uremia se agrava, nota-se: desinteresse, perda da capacidade de se concentrar, momentos de agitação alternadas com letargia, inconsciência e pode levar ao coma profundo. Os pacientes com IRC podem apresentar, também, hiperirritabilidade neuromuscular, tremores, câimbras, alterações de reflexos, distúrbios sensitivos como queimação e formigamentos, fraqueza muscular e por fim, perda completa da sensibilidade e paralisia (MACIEL, 2002). Além das alterações bioquímicas que foram apresentadas anteriormente, é essencial refletir sobre as

repercussões psicológicas e sociais que a IRC causa, com ênfase no aspecto corporal, pois ambos estão intimamente ligados. A doença provoca uma série de mudanças corporais que afetam psicologicamente os pacientes, principalmente no que se refere à autoimagem e autoestima. Desta forma, Maciel (2002, p. 59) relata que: “o quadro clínico da Insuficiência Renal Crônica é extremamente complexo, levando a um total falecimento corporal, acarretando em (...) problemas psíquicos, acentuados, em que ambos o físico e o psíquico, necessitam de intervenções efetivas e adequadas”. Após o diagnóstico da doença na vida do sujeito, é aconselhável que o mesmo siga o tratamento proposto pela equipe multiprofissional. Este tratamento, com a progressão da doença, afeta consideravelmente a rotina do paciente, pois consiste em restrições líquidas e alimentares rigorosas, além de uso contínuo de medicamentos diversos e consequente prejuízo no rendimento físico. O tratamento na máquina de hemodiálise é geralmente realizado por períodos de aproximadamente quatro horas e três vezes por semana em unidades especializadas onde o paciente é conectado à uma máquina através de fístulas artério-venosas obtidas por técnicas cirúrgicas (PASCOAL *et al*., 2009). O sangue é bombeado e encaminhado para a máquina onde é realizado o processo de filtragem do sangue artificialmente, retornando, então, para o organismo. Destacam-se as diferentes modalidades de diálise, variando entre diálise peritoneal ambulatorial contínua (DPAC), diálise peritoneal automatizada (DPA), diálise peritoneal intermitente (DPI) ou hemodiálise (HD) que foi explicada acima. A diálise peritoneal pode ser realizada em processo continuo, geralmente à noite ou quatro vezes ao dia, sua efetuação consiste na introdução de um líquido na região abdominal que desempenhará a função de filtragem e posteriormente será drenado do organismo. Este procedimento tem o diferencial de poder ser feito em casa ou em unidades especializadas (PASCOAL *et al*., 2009). É importante salientar que tais medidas assumem um papel fundamental à medida que a doença avança. Segundo Maciel (2002, p. 60): “a perda progressiva da função renal é multifatorial e complexa (...) as repercussões psicossociais da enfermidade (...) prevêm uma longa e dolorosa evolução, com a necessidade de constantes procedimentos”. A IRC e o tratamento hemodialítico podem gerar incapacidade na vida adulta, redução de competências, dor física e emocional resultante de uma perda da independência e ao aumento da necessidade de ajuda e assistência.

OBJETIVO

A presente pesquisa tem como objetivo geral apresentar e discutir a prática psicológica desenvolvida no Estágio Supervisionado em Psicologia da Saúde I e II junto aos pacientes acometidos por Insuficiência Renal Crônica, e como objetivos específicos refletir sobre os impactos desta doença crônica na vida dos pacientes e no seu ciclo afetivo; além disso, visa destacar a relevância desta experiência para a formação profissional do psicólogo.

METODOLOGIA

O método empregado foi o relato de experiência baseado nas vivências ocorridas no Estágio Supervisionado em Psicologia da Saúde no setor de hemodiálise de um Hospital Geral, situado em Belém, Pará.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Atualmente a doença renal crônica é considerada um problema de saúde pública, por gerar uma insatisfatória qualidade de vida para as pessoas portadoras da doença. A diálise e o transplante renal geram maior possibilidade de vida para os pacientes, porém essas oportunidades substituem apenas parcialmente a função renal, tendo em vista que nenhum tratamento pode possibilitar a cura e nem garantir ao paciente um estado de saúde equivalente ao que possuía antes do adoecimento, pois o corpo fica mais debilitado. O fator da debilidade atrapalha a sustentação de hábitos saudáveis da vida social como um todo, sendo normal pacientes com Insuficiência Renal Crônica (IRC) terem a aposentadoria antecipada ou mesmo a redução das atividades cotidianas; a carga horária da jornada de trabalho também diminui consideravelmente, prejudicando sua produtividade (BORGES e MARTINS, 2001). Além de sobreviver à doença e às limitações que ela impõe em suas vidas, normalmente associadas à deterioração, os sujeitos precisam sobreviver ao tratamento dialítico no hospital, que na maioria das vezes, causa angústia, estresse, pensamentos negativos e depressão. Maciel (2002, p. 55) afirma que o tratamento causa grandes restrições como: “várias manifestações psíquicas e comportamentais, a maioria de caráter negativo, vinculadas a máquina de hemodiálise, que de forma ambígua aponta possibilidade de manutenção da vida associada a restrições”. Tais

restrições estão associadas a dependências, frustações e temores difusos, incluindo o temor da morte, estabelecendo-se, assim, estados estressantes tanto em grau físico como psíquico. Também é comum escutar queixas sobre o comportamento dos familiares, que na grande maioria, procuram privar os pacientes de realizar muitas tarefas do cotidiano. Segundo Borges e Martins (2001) a privação provoca um empobrecimento da autonomia e alimenta sentimentos de inutilidade, como se o sujeito não pudesse mais contribuir ao mundo. Borges e Martins (2001) também alertam para o ambiente hospitalar, que representa um espaço de luta pela vida e marca significativamente o paciente que se encontra hospitalizado, principalmente os pacientes renais, levando em consideração que, como citado anteriormente, a sessão de hemodiálise exige um longo período de tempo e ocorre inúmeras vezes na semana. Deste modo, o paciente renal crônico dedica sua rotina aos cuidados médicos hospitalares, com a consciência de que não haverá uma cura definitiva. Contudo, o cenário hospitalar é adverso ao trabalho psicoterapêutico e impõe aos profissionais da saúde uma postura flexível com a finalidade de contornar as dificuldades existentes como: interrupções, adiantamentos e cancelamentos. A frequência e a duração dos atendimentos psicológicos sofrem interferência de fatores que não costumam ser comuns em outros tipos de psicoterapia. O psicólogo deve levar em consideração o quadro clínico do paciente renal e sua capacidade de se manter engajado em um trabalho mental. O tempo das sessões deve variar entre 10 a 50 minutos, pois no atendimento psicológico em hemodiálise é comum a presença de problemas clínicos reais como: enxaqueca, fraqueza muscular, câimbras, prurido, diarreia, vômitos e demais alterações orgânicas. Torna-se imprescindível que o psicólogo tenha o bom senso de aceitar a frustação de um atendimento adiado ou interrompido. O atendimento psicológico hospitalar ensina ainda ao psicoterapeuta a ter mais paciência e compreender que todo paciente tem o seu tempo, seja ele orgânico ou psíquico. Outra característica do ambiente hospitalar é o atendimento realizado no leito. No caso de pacientes renais, ao lado da máquina de hemodiálise. Embora dificulte a privacidade e assim o estabelecimento de confiança para expressar sentimentos e questões pessoais escondidos de maneira consciente ou inconsciente, o vínculo terapêutico pode ser estabelecido, pois o que garante a manutenção de uma relação terapêutica é a oferta de uma escuta atenta e acolhedora, a qual viabilizará o surgimento de um discurso sobre o sofrimento. Segundo Maciel (2002), é necessário

que o terapeuta esteja atento às mensagens latentes do paciente, uma vez que não serão em todas as ocasiões que o paciente conseguirá expressar claramente em palavras seus conflitos. Desta forma, a hemodiálise ocasiona sentimentos de aceitação e revolta nos pacientes, havendo uma relação ambígua com a "máquina", pois simultaneamente ela promove uma garantia de vida, mas também faz com que os pacientes se sintam presos e dependentes ao tratamento. Lima, Mendonça e Diniz (1997) conforme citado por Maciel (2002, p. 64) relatam que: "discorrer sobre o emocional do paciente renal crônico é antes de tudo reconstituir uma trajetória de perdas que vai muito além da função renal (...) o caminho do paciente renal é atravessado por uma série de problemas". Logo, o avanço da doença faz com que o sujeito se torne um paciente crônico que sofre uma série de perdas, conduzindo ao declínio de sua vida física, orgânica e social. Maciel (2002, p.64) destaca que "inaugura-se, assim, uma situação traumática que altera, de forma brusca, a relação do paciente com seu corpo". Falar da relação do paciente renal com seu corpo retoma a imagem corporal que a criança conquistou como um produto de inscrição de seu corpo biológico no psíquico. Maciel (2002, p. 64-65) afirma que: "poder-se-ia dizer o corpo erógeno é o "colorido" dado ao corpo biológico e, com a doença, ocorre uma modificação na imagem corporal". O desenvolvimento da doença junto ao tratamento resulta nas marcas e cicatrizes das fistulas e cateter. O corpo do paciente renal apresenta também uma ausência de cor, inchaço em algumas regiões do corpo e marcas físicas que se inscrevem para além do corpo. Tais marcas trazem prejuízos psicossociais significativos, pois "marcado pela doença, o renal crônico passa a ter uma fisionomia característica, não de si, mas de sua doença (...) sua imagem não mais o retrata como antes, mas como um estranho para si mesmo" (LIMA, MENDONÇA e DINIZ, 1997 apud MACIEL, 2002, p. 65). Também é importante abordar a perda do vigor e da resistência para atividades da vida cotidiana como: lazer, trabalho e atividade sexual, fator que corrompe ativamente a independência e da liberdade. As perdas não se limitam ao físico e psíquico, pois ampliam-se para o eixo social, alcançando as esferas profissionais, escolares e domésticas, ocasionando na dependência da previdência social do governo. Deste modo, que são pacientes que "dependem também da máquina, da família (...) o que gera insegurança permanente na sua vida, acarretando todo um desgaste e estresse emocional" (MACIEL, 2002, p. 65). Sendo assim o serviço de psicologia na clínica da hemodiálise

não se dedica exclusivamente à reestruturação psíquica. A intervenção psicológica visa, também, a manutenção do tripé: dieta, controle medicamentoso e diálise. Todavia, o atendimento psicológico realizado nesta clínica se diferencia em virtude da cronicidade e da evolução do quadro. Maciel (2002, p.64) ressalta que "quando se fala do paciente renal crônico em hemodiálise, muitas questões e muitas perdas surgem e vão se estendendo e entrelaçando, atingindo as esferas sociais, econômicas, orgânicas, psicológicas, culturais e éticas". Portanto, os objetivos da psicologia com pacientes acometidos por IRC em tratamento de hemodiálise começam pela atenuação ou supressão da ansiedade. Deve-se levar em consideração que a ansiedade está presente em toda e qualquer doença e, no caso da doença renal, ela se faz presente por dois motivos: a cronicidade e as consequências físicas, psíquicas e sociais do tratamento. A ansiedade surge tanto pela relação com as perdas efetivas, quanto ao temor diante da possibilidade de perde. O trabalho do psicólogo deve se pautar em atenuar a ansiedade causada pelo diagnóstico e acentuada pelo início da hospitalização e manutenção do tratamento. Maciel (2002) afirma que "o paciente necessita de apoio e orientação acerca do período de internação e do tratamento (...) nesse período o terapeuta deverá realizar um trabalho, em conjunto com a equipe interdisciplinar e os familiares sobre (...) escuta desses medos e ansiedades" (p. 68-69). No processo de adaptação do paciente à doença e à nova realidade, o psicólogo deverá trabalhar com a perspectiva de conscientização e adaptação, por se tratar de uma doença que apresenta cronicidade e novas condições físicas e orgânicas. Desta forma, compete ao psicólogo que atua na clínica da hemodiálise auxiliar o paciente a elaborar as perdas e ressignificar as possibilidades atuais e futuras do paciente. Deste modo, Maciel (2002, p.69) ressalta que a atuação do psicólogo deve ser voltada para "a elaboração de projetos futuros, com a estimulação de comportamentos novos e adaptativos; proporcionando a possibilidade de reestruturação cognitiva e emocional acerca de seu lazer, do seu trabalho, da sua sexualidade e do seu papel social". Já a adaptação do paciente ao tratamento se refere à árdua e estressante jornada no hospital ou clínica, que se torna desgastante pelo fato de não gerar possibilidade efetiva de cura. Essas questões levam o paciente a se sentir desmotivado e, em alguns casos, à abandonar o tratamento, porém, este é necessário e vital para manutenção da vida e melhora da qualidade de vida. Maciel (2002) relata que este se torna o maior desafio para a equipe multiprofissional. Em decorrência disto, o

psicólogo deve: “favorecer a adaptação do paciente ao tratamento (...) com a conscientização do paciente acerca de sua doença e da necessidade de tratamento permanente com modificações na alimentação e nos comportamentos” (p.70). O terapeuta deve também prestar apoio e orientações, visando favorecer o clima para expressão de medos referentes à possibilidade de morte e das perdas biopsicossociais, pois a tranquilidade e o bom estado emocional são fatores essenciais para manutenção do tratamento e melhor qualidade de vida. Em relação à autoestima, que é uma necessidade humana básica e vital para o bem-estar psicológico, o psicólogo deve estabelecer com o paciente renal um vínculo encorajador e orientador, que vise desenvolver a autoconfiança para a construção de recursos psíquicos que sejam capazes de elaborar perdas e se readaptar à nova vida e imagem corporal. No apoio e orientação à família, Maciel (2002) relata que: “A família é um sistema com regras e estrutura próprias e definidas. Uma modificação em qualquer de seus membros necessitará de imediata reestruturação e redefinição dos papéis para integrar a novidade” (p. 71). Deste modo, o psicólogo deve atuar no apoio e orientação aos familiares, pois estes também precisam de ajuda e suporte. De modo análogo, a família sofre tensões e incertezas e apresentam temores relativos às perdas e ao futuro do paciente que encontra-se em tratamento. Maciel (2002) comenta que: “A presença dessa nova doença, que se tornará crônica, muitas vezes modifica toda a dinâmica familiar até mesmo no que diz respeito à manutenção do lar e à orientação dos filhos, principalmente quando o portador (...) é responsável direto por tais obrigações” (p. 71). A família é fundamental para o fornecimento de apoio ao paciente renal, principalmente, em momentos de dores e angústias. Portanto, esta deve estar preparada para lidar com as fases orgânicas e psicológicas pelas quais o paciente renal está passando ou irá passar. O trabalho em equipe é outro objetivo importante da psicologia, pois a atuação conjunta entre médico, psicólogo, enfermeiro, nutricionista, assistente social e demais envolvidos na melhora do paciente, é outro fator de destaque da atuação psicológica hospitalar. Maciel (2002) comenta que esta multiplicidade de profissionais gera benefícios concretos e favorece o estabelecimento de vínculos afetivos, facilitando a expressão dos afetos por via das relações transferenciais com todos que atendem o paciente renal. Além disto, estimula a sensação de apoio e segurança por estar sendo cuidado por diversos profissionais com um objetivo em comum: a manutenção de sua saúde e promoção do bem estar

do paciente. O psicólogo deve ser membro facilitador de vínculos e mediador de conflitos, favorecendo a comunicação e interação entre as partes. Maciel (2002) chama atenção para a postura ética dos profissionais: “o que será ou não divulgado terá de ser cuidadosamente pesado para que não se exponha desnecessariamente a intimidade que nos foi confiada (...) com cuidado para não expô-lo, fazendo constar avaliações mais genéricas sobre o estado emocional do mesmo” (p. 72). Por fim, o psicólogo deve saber trabalhar com questões relativas à morte, tanto no que tange a realidade como as fantasias que circundam esta temática. O psicólogo da saúde se depara diariamente com a morte, pois ela é uma presença comum a todos, seja paciente ou profissional. Contudo, sabemos que os profissionais de saúde pautaram seu estudo e prática em curar ou salvar vidas e a dura realidade que a doença crônica impõe faz com que eles tenham a certeza de que não há controle sob a vida. Sobre isso, Maciel (2002, p. 73) afirma que “é a quebra efetiva da fantasia de onipotência, que não permitiria pensar na morte do outro para que também não se pensasse na possibilidade da própria morte”. Na clínica da hemodiálise a morte está presente em todos os momentos, em cada detalhe. Desde a articulação da veia com a máquina às manifestações das questões orgânicas do paciente (cardíaca, respiratória), a temática da morte se faz inexoravelmente presente e permeia toda a sessão de hemodiálise. Portanto, o terapeuta deverá reconhecer o momento de aceitar a posição do paciente de não lutar mais contra a doença, porém, deverá ter o tato de perceber o momento em que cabe auxiliá-lo a retomar a vontade de lutar pela vida. Além de tudo, é de suma importância que o estagiário, psicólogo ou demais profissionais de saúde reconheçam o valor da terapia pessoal, onde poderão falar e sentir suas angustias e dores, que são influenciadas pela dura realidade da atuação em um contexto marcado por perdas e pelo sofrimento físico e psíquico. Estagiar no setor de hemodiálise significou muito mais do que uma experiência laboral e acadêmica. Conviver e escutar pacientes que são acometidos por doença crônica é compreender a capacidade que o ser humano possui em elaborar suas angustias e transformar sofrimento em experiência. Em meio aos aspectos negativos da doença, o atendimento psicológico possibilitou a melhora da autoestima e aceitação das limitações que a doença impõe. Como profissional da psicologia, foi bastante relevante atuar nesta clínica, pois o paciente renal crônico tem particularidades, fato este que o diferencia dos pacientes que se encontram hospitalizados para a realização de uma cirurgia ou de uma doença

aguda e passageira. O tratamento da doença renal necessita de investimento e dedicação por parte do paciente e de sua família, uma vez que implica em uma mudança de rotina, incluindo nesta o comparecimento ao hospital ou à clínica três dias por semana. Deste modo, o tratamento é constante e sem previsão de término. Este ambiente terapêutico passa a ser uma espécie de lar para os pacientes, onde a maioria relata esperar ansiosamente a visita do psicólogo, momento o qual eles podem falar sobre variadas aspectos de sua vida, dos mais triviais aos que despertam maior mobilização afetiva. Há também os pacientes que reclamam quando o psicólogo se aproxima, oferecendo um atendimento. Estes são, geralmente, os pacientes que apresentam resistência ao atendimento. Nestes casos, a importância de sustentar uma presença sensível (KUPERMANN, 2008), a qual, mesmo mantida por intermédio do silêncio, favorece a manutenção de um vínculo terapêutico de cuidado. Também é interessante presenciar as amizades que nascem entre os pacientes, onde estes compartilham a árdua jornada do tratamento e constroem vínculos que auxiliam significativamente o enfrentamento das dificuldades inerentes ao adoecimento. Por conta do avanço da doença, geralmente a relação do paciente com seu próprio corpo fica alterada. A coloração amarelada da pele e os membros (braço e perna) marcados pela fistula de transfusão sanguínea são marcas incontestáveis das vicissitudes do adoecer. Toda essa característica que a doença renal crônica apresenta são importantes para a psicologia, pois a maioria dos sentimentos negativos e resistências ao tratamento estão relacionados à estes aspectos. Auxiliar o paciente no processo de apropriação destas marcas é um passo significativo em direção ao resgate subjetivo e da construção de uma relação de cuidado consigo. A oferta de um espaço de escuta permitiu a emergência de histórias, dores e sorrisos, os quais contribuíram significativamente para a construção de uma escuta sensível, recurso, este, indispensável para a formação profissional do psicólogo.

CONCLUSÃO

Neste contexto, cabe ao psicólogo prestar apoio psicólogo aos pacientes renais, como também aos seus familiares e demais envolvidos em seu ciclo afetivo. Promovendo, por meio da escuta e do suporte dos demais profissionais envolvidos no tratamento, uma rede de cuidado que visa minimizar o sofrimento psíquico e os impactos causados pela doença renal crônica na vida do paciente.

Palavras-Chave: Hemodiálise; Insuficiência Renal Crônica; Prática Psicológica.

REFERÊNCIAS

ANGERAMI - CAMON, V. A. (org). MACIEL, S. C. Novos rumos na psicologia da saúde. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2002. (A importância do atendimento psicológico ao paciente renal crônico em hemodiálise, p. 55-85).

BORGES, L. R., MARTINS, D. G. Clínica de hemodiálise: existe qualidade de vida? Boletim de Iniciação Científica em Psicologia. São Paulo, p. 42-58, 2001. Disponível em:<http://www.mackenzie.com.br/fileadmin/Graduacao/CCBS/Cursos/Psicologia/boletins/2/3_clinica_de_hemodialise.pdf>. Acesso em: 02/04/2018.

KUPERMANN, D. Presença Sensível. Cuidado e criação na clínica psicanalítica. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2008.

PASCOAL, M. et al. A importância da assistência psicológica junto ao paciente em hemodiálise. Rev. SBPH. Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 2-11, dez. 2009. Disponível em:<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582009000200002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 09/04/2018.

III CONGRESSO DE PSICOLOGIA: as diversas faces do cuidar.
De 26 a 28 de abril de 2018. Belém – PA/
HANGAR – Centro de Convenções da Amazônia
Volume 03 – ISSN: 2526-527X
CADERNO DE TRABALHOS COMPLETOS
http://revistas.unama.br/index.php/anaispsicologia/index

ESTRESSE NO ENSINO SUPERIOR: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA PSICOLÓGICA

Souza, Anne Caroline de Sousa
Costa, Niamey Granhen Brandão

INTRODUÇÃO

O termo estresse está relacionado à um estado de tensão no organismo em que o equilíbrio é rompido (Lipp, 2000). O fenômeno é descrito como uma relação específica entre o homem, seu ambiente e as circunstâncias às quais está submetido, que são interpretadas pelo sujeito como uma ameaça que compromete o seu bem estar (LIPP, 2000).

Nodari et al. (2014) e Lipp (2000) apontam que os estressores – estímulos ou eventos que causam uma excitação no organismo – afetam os indivíduos de acordo com a percepção que estes têm sobre os mesmos. Ou seja, um evento ou estímulo que pode ser considerado estressor para uma pessoa, pode não ser para outra. Entretanto, Lipp (2000) indica que existem estressores "universais", ou que têm uma probabilidade maior de ser fonte de estresse para um maior número de pessoas, como a morte de uma pessoa querida ou a perda de um emprego, por exemplo.

De modo geral, um estímulo estressor é caracterizado como tudo que excede a capacidade adaptativa dos indivíduos. Além disso, um evento ou estímulo estressor pode ser interpretado como tal pelas propriedades da personalidade da própria pessoa (NODARI et al., 2014; LIPP, 2000). Nodari et al. (2014) indicam que o modelo de estresse criado por Hans Selye, a Síndrome de Adaptação Geral (SAG), subdivide-se em três fases: fase de alerta, fase de resistência e fase de exaustão. Lipp (2000) acrescenta ainda uma quarta fase – a de quase exaustão.

A primeira fase é caracterizada pela resposta de fuga ou de agressão ao estressor. Esse momento é entendido como um estágio de adaptação, onde o organismo pode voltar ao estágio de equilíbrio. A segunda fase, a fase de resistência, ocorre quando o organismo mobiliza forças para lidar com o agente estressor. Este estágio também é caracterizado pela permanência do organismo em estado de alerta. Além disso, em razão do organismo mobilizar uma quantidade de energia significativa para combater o estressor, o indivíduo fica mais vulnerável às patologias.

A fase de exaustão trata-se do momento em que o organismo encontra-se extenuado, não há mais forças defensivas a serem mobilizadas no combate aos agentes estressores. A fase de quase exaustão proposta por Lipp (2000) situa-se entre a fase de resistência e a fase de exaustão e é caracterizada por considerável vulnerabilidade física e emocional. Assim como nos estágios de resistência e exaustão, há uma propensão ao surgimento de patologias, que é maior se comparada à fase de resistência e menor do que na fase de exaustão.

Filgueiras e Hippert (1999) apresentam algumas das críticas comumente feitas ao conceito de estresse. Uma das críticas fundamentais é a de que o termo parece ter se tornado uma panaceia, com diferentes fenômenos sendo abarcados pelo mesmo conceito. Nesse sentido, o estresse ora surge como um fenômeno simples e passageiro, ora como um fenômeno obscuro e complexo (FILGUEIRAS; HIPPERT, 1999).

No ensino superior, o estudante tem que lidar com novas exigências e vivenciar as transformações que marcam a entrada na vida adulta. Pacanaro e Santos (2007) postulam que o ambiente acadêmico expõe os alunos à situações que demandam uma constante adaptação que pode ser avaliada como estressora. Ainda acerca desta tese, Pacanaro e Santos (2007) descrevem que a entrada no ensino superior exige que o estudante apresente recursos cognitivos e emocionais complexos para lidar com o novo ambiente. O estresse acadêmico é um fenômeno complexo, que deve ser analisado por variáveis inter-relacionadas, tais como: estressores acadêmicos, experiência subjetiva do estresse e moderadores do estresse (PACANARO; SANTOS, 2007).

OBJETIVOS

Realizar uma revisão sistemática de artigos publicados nos últimos 10 anos (2006 - 2016) acerca do estresse no ensino superior em periódicos científicos dentro do campo da Psicologia. Os objetivos específicos foram: verificar quais conceituações de estresse têm sido utilizadas e analisar os principais resultados obtidos nestas pesquisas.

METODOLOGIA

Este é um estudo de natureza teórica. Foi realizada a revisão sistemática de artigos por meio da expressão temática "estresse em alunos do ensino superior" no Google Acadêmico. A seleção inicial ocorreu a partir de breve leitura dos títulos de modo a excluir os artigos que não se relacionavam à temática.

Em seguida, foram selecionados os estudos científicos que se adequavam aos critérios de inclusão e exclusão desta pesquisa. Dessa forma, os critérios de inclusão foram: artigos indexados em periódicos brasileiros de Psicologia publicados de 2006 a 2016, que consistissem em pesquisas primárias; além disto, foram aceitas pesquisas que investigavam mais de um construto, desde que um deles fosse o estresse, e estudos que avaliavam os estressores no contexto acadêmico. Adotou-se como critério de exclusão os artigos não publicados em periódicos de Psicologia, teses, dissertações, anais de eventos, pesquisas estrangeiras e publicações sem acesso online e gratuito.

Os artigos foram analisados de modo a preencher as categorias temáticas: “conceituações de estresse utilizados” e “principais resultados obtidos pelas publicações”.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Foram identificados 27 artigos que abordavam o estresse no ensino superior. Destes, 11 pesquisas se adequaram aos critérios de inclusão deste trabalho. Os artigos selecionados foram numerados segundo a ordem cronológica de publicação.

A seguir serão destacados a revista indexada, o ano de publicação e a metodologia das pesquisas: “Incidência do estresse e formação médica” (2006 – Revista de Psicologia da UNESP), metodologia empírica –quantitativa (1); “Stress entre calouros e veteranos de jornalismo” (2007 – Estudos de Psicologia), metodologia empírica – quantitativa (2); “Níveis de estresse e características sociobiográficas de alunos de pós-graduação” (2009 – Psicologia em Revista), metodologia empírica – quantitativa (3); “Investigação e manejo de eventos estressores entre estudantes de Psicologia” (2011 – Revista Brasileira de Terapias Cognitivas), metodologia empírica – quantitativa – qualitativa (4); “Habilidades Sociais e administração de tempo no manejo de estresse” (2012 – Arquivos Brasileiros de Psicologia), metodologia empírica – quantitativa (5); “Estresse, ansiedade, crenças de autoeficácia e o desempenho dos bacharéis em Direito” (2012 – Avaliação Psicológica), metodologia

empírica – quantitativa (6); “Sintomas de estresse em concluintes do curso de Psicologia de uma faculdade privada do norte do país” (2013 – Mudanças – Psicologia da Saúde), metodologia empírica – quantitativa (7); “Estresse e Estressores na Pós-Graduação: Estudo com Mestrandos e Doutorandos no Brasil” (2013 – Psicologia: Teoria e Pesquisa), metodologia empírica – quantitativa (8); “Estresse e fatores associados em alunos de Psicologia de uma universidade particular do Sul do Brasil” (2015 – Aletheia), metodologia empírica – quantitativa (9); “Relação entre a Qualidade de Vida e o Estresse em acadêmicos da área da Saúde” (2015 – Estudos Interdisciplinares em Psicologia), metodologia empírica – quantitativa (10); “Prevalência de Sintomas de Stress entre graduandos de uma universidade pública” (2016 – Psicologia da Educação), metodologia empírica – quantitativa (11).

Observa-se um leve aumento de publicações a partir de 2012, um movimento que vai ao encontro das observações de Pacanaro e Santos (2007), que, em suas revisões sobre a temática, apontaram que estudos sobre estresse acadêmico no Brasil ainda eram incipientes. Deve-se considerar, contudo, que a presente pesquisa realiza um recorte na literatura pesquisada, sendo apenas incluídas as revistas do campo da Psicologia.

A maior parte das pesquisas apresentam metodologia do tipo empírica - quantitativa (1, 2, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10 e 11) e objetivam medir níveis de estresse e/ou identificar estressores no ensino superior e correlacionar o estresse com algum outro construto, como qualidade de vida e manejo de tempo. Pacanaro e Santos (2007) também sinalizaram que a maior parte das publicações recuperadas em sua pesquisa apresentavam o mesmo aporte metodológico.

Pode-se pensar que este tipo de pesquisa possa estar ligado ao fato de haver um instrumento validado no Brasil para mensuração do estresse, o Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (ISSL), conforme lembram Pacanaro e Santos (2007). Ou, ainda, em razão de ser inviável a identificação de estressores comuns a um mesmo grupo, o que tornaria propícia uma investigação exploratória (LIPP, 2000). Sugere-se, assim, que investigações qualitativas possam ser realizadas sobre o estresse no ensino superior de modo a possibilitar a escuta dos sujeitos e de suas vivências na condição de estudantes. Promovendo o que Filgueiras e Hippert (1999) chamam de ouvir o outro para além de um rótulo ou diagnóstico e permitindo que se promovam novas discussões acerca dessa problemática.

Dos onze artigos recuperados, dez (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 9, 10 e 11) apresentam uma abordagem psicofisiológica do estresse. A abordagem psicofisiológica concebe o estresse como um conjunto de reações físicas e psicológicas ao agente estressor. Há ainda um aspecto mediacional do ambiente, uma vez que este agente deve ser percebido como estressor pelo próprio sujeito (NODARI et al., 2014). Nesse sentido, além desses estudos utilizarem os estudos de Selye como referência e possuírem ênfase nos aspectos fisiológicos do processo de estresse, há também uma incorporação de fatores psicológicos a esta dinâmica. Assim, o estresse deixa de ser compreendido como uma resposta inespecífica do organismo para ser um processo dependente da percepção do sujeito acerca do que é um agente estressor para si (NODARI et al., 2014).

Filgueiras e Hippert (1999) indica que esta compreensão teórica acerca do estresse constitui a forma mais adotada na Psicologia e que implica um distanciamento da teoria formulada por Selye. No bojo desta abordagem, tem-se como principal representante no Brasil, a pesquisadora Marilda Lipp. O impacto dos estudos de Lipp acerca do estresse pode ser visualizado por meio da frequência com que esta pesquisadora é referenciada nas pesquisas analisadas neste trabalho. Assim, das onze pesquisas selecionadas, nove (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 9 e 10) referenciam algum trabalho da pesquisadora, o que demonstra a popularidade e reconhecimento desta nos estudos sobre estresse nos meios científicos brasileiros, em especial na Psicologia.

Lipp criou e validou instrumentos de mensuração do estresse (ISSL – versão infantil e para adultos) e possui um laboratório de investigação deste construto, o Laboratório de Estudos Psicofisiológicos do Stress (LEPS) ligado à PUC Campinas, que tem sido referência na área (LIPP, 2000). A utilização das postulações de Lipp parecem estar atreladas também ao instrumento criado por esta. Das pesquisas analisadas, dez (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 9, 10 e 11) utilizam o ISSL como instrumento de mensuração do estresse. O outro instrumento utilizado é a Escala de Estresse Percebido (8).

Há evidente predominância do uso do ISSL nas pesquisas sobre estresse no ensino superior nos periódicos de Psicologia. Essas observações corroboram os achados de Pacanaro e Santos (2007), que em suas pesquisas sobre estresse educacional, identificaram o ISSL como um dos instrumentos mais utilizados para

mensuração do estresse, com prevalência de 34,8% da amostra investigada (19 artigos), no caso deste último. Assim, pode-se pensar que o uso frequente do ISSL ocorra pelo fato de se tratar de um dos poucos instrumentos validados no Brasil na mensuração deste construto. Dessa forma, a abordagem psicofisiológica, que propõe ainda uma quarta fase no modelo de estresse de Selye – formando o chamado ―modelo quadrifásico de Lipp‖ – parece ter crescido em repercussão juntamente com o uso do instrumento criado por Lipp; e que é mensurada, consequentemente, pelo ISSL. Isso não significa dizer que este modelo explicativo tem sido o único a ser consultado dentro de uma visão psicofisiológica sobre estresse no Brasil, mas que é um estudo de grande relevância nas pesquisas sobre estresse no país (NODARI et al., 2014).

Quanto à pesquisa que não utilizou a abordagem psicofisiológica (8), a definição apresentada é caracterizada como psicossocial, na qual há o destaque da percepção dos indivíduos acerca dos estressores presentes em seu ambiente. Esse posicionamento teórico se aproxima de postulações como a de Richard Lazarus conforme indicam Nodari et al. (2014), que enfoca as variáveis mediacionais dos agentes estressores.

Nesse sentido, aspectos da personalidade e determinantes cognitivos influenciariam no estresse (NODARI et al., 2014). Não há, contudo, um aprofundamento acerca desta base teórica nesses estudos. Além disso, essa pesquisa não utilizou o ISSL como instrumento de mensuração de estresse. Cabe aqui destacar que Lipp também é influenciada pelos estudos de Lazarus, representados pelos aspectos mediacionais agregados na sua compreensão da dinâmica do estresse e que não estavam presentes no modelo de Selye (NODARI et al., 2014). No entanto, a consideração de uma reação fisiológica no processo de estresse a distância de uma compreensão fundamentalmente psicológica.

Outro ponto a ser destacado é como o estresse acadêmico é compreendido nessas pesquisas. Observa-se que a pesquisa que investiga estresse em estudantes da área da saúde (1) concebe o estresse como indissociado da própria prática médica. Assim, lidar com o adoecimento e a morte seriam agentes estressores para esse grupo, como fica explanado nesta publicação. Nesta compreensão sobre o estresse, a exposição aos estressores não poderia ser evitada, restando ao estudante encontrar

estratégias que permitam lidar com o estresse, diminuindo, assim, as consequências deste na saúde e qualidade de vida do sujeito (PACANARO; SANTOS, 2007).

As demais pesquisas (2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 e 11), por outro lado, concebem o estresse acadêmico neste contexto como um movimento ligado ao processo de transição da adolescência para a vida adulta, conforme aponta Lipp (2000). Dessa forma, o estresse seria um elemento intríseco ao processo de tornar-se adulto. A vida acadêmica traria, ainda, demandas que sobrecarregariam o estudante, como prazos mais rígidos, complexidade maior de trabalhos e novas formas de se relacionar com o outro (LIPP, 2000). Há que se pensar, no entanto, que alguns elementos parecem funcionar como estressores para uma grande parcela de estudantes como sugerem Lipp (2000) e Nodari et al. (2014). Entre os quais se destacam a situação financeira e as mudanças decorrentes da inserção em um novo espaço.

Assim, sugere-se a investigação do impacto desses estressores na vida dos estudantes, de modo a verificar como se dá a permanência dos alunos na universidade, e de que modo a qualidade de vida é comprometida ao longo da formação acadêmica. Tal problemática parece ser pertinente na atual realidade das Instituições de Ensino Superior (IES) públicas e privadas, haja vista o maior acesso de alunos com renda mínima à este nível de ensino (PACANARO E SANTOS, 2007).

Observa-se, portanto, nas pesquisas aqui revisadas, uma compreensão do estresse como algo inerente à vida, ainda que possa trazer prejuízos ao organismo caso não seja mantido em equilíbrio. O estresse no ensino superior, por sua vez, é compreendido como um movimento natural neste nível de ensino, pois colocaria demandas características deste espaço ao alunado. Assim, as conjunturas geralmente classificadas como estressoras, como a sobrecarga de trabalhos tendem à não ser pensadas e problematizadas como parte de um sistema maior.

Dentre as pesquisas avaliadas, a fase de resistência foi a mais reportada, especialmente, nas pesquisas que utilizaram o ISSL. Nove (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 10 e 11) dos onze artigos selecionados obtiveram essas fases do estresse em seus resultados. Esses dados corroboram a literatura sobre estresse no ensino superior, que identificam a fase de resistência como a mais vivenciada nesse nível de ensino (LIPP, 2000). Esta fase é caracterizada pelo enfrentamento do organismo aos estressores; e por mobilizar energia para esse enfrentamento, o organismo fica mais vulnerável às patologias (NODARI et al., 2014; LIPP, 2000).

A pesquisa número 8 não utilizou o ISSL, mas a Escala de Estresse Percebido. Este instrumento apresenta 14 itens no formato de perguntas (Se sentindo nervoso e estressado?) em escala tipo likert de cinco pontos e escore de 0 a 56 pontos. Os itens são divididos em sete positivos (sete primeiros) e sete negativos (sete últimos). Os positivos são submetidos a correção para escore final. Nesse sentido, o nível de estresse encontrado na pesquisa 8 é de 29,1 pontos; as mulheres apresentaram maior nível de estresse (30,4%) que os homens (26,1%). Não houve identificação de sintomas psicológicos ou/e físicos. Em razão da não utilização do ISSL não houve categorização dos níveis de estresse na amostra investigada.

Os resultados aos quais chegaram os estudos aqui investigados apontam que os alunos do ensino superior tendem a experimentar um nível significativo de estresse. Ainda que a fase de resistência seja o segundo estágio e, portanto, menos nociva do que a fase de exaustão, a literatura aponta que pode haver comprometimento do desempenho acadêmico, da qualidade de vida e da saúde mental dos estudantes nesta fase (LIPP, 2000; NODARI et al., 2014).

Outro achado das pesquisas é que os sintomas manifestados no estresse são, em geral, sintomas psicológicos. Dessa forma, dos onze estudos avaliados, seis (1, 3, 4, 5 e 11) referem sintomas psicológicos como os predominantes na amostra investigada, enquanto dois (2 e 7) indicam sintomas físicos como os mais referidos nas pesquisas; três estudos (6, 9 e 10) não apresentaram dados ligados à predominância de um tipo ou outro de sintomas. Apesar de não ser possível um indicativo mais preciso acerca da predominância de um dado tipo de sintomatologia, pois três artigos não explicitam esta informação; o número de estudos que referem o predomínio de sintomas psicológicos é consoantes aos apontamentos das pesquisas que investigam estresse (LIPP, 2000; NODARI et al., 2014).

Os sintomas psicológicos são caracterizados como depressão, falta de concentração, falhas na memória, impulsividade, decisões equivocadas e etc. (NODARI et al., 2014).

Destaca-se aqui que o ISSL é um inventário composto, entre outros, de uma lista de sintomas psicológicos e uma lista com sintomas físicos, o que pode facilitar a identificação da sintomatologia (LIPP, 2000). Com relação à divisão por gênero, percebe-se um indicativo maior de estresse no sexo feminino, já que nove (1, 2, 3, 4,

5, 8, 9, 10 e 11), dos onze artigos, chegaram a estes resultados corroborando a literatura consultada (LIPP, 2000; NODARI et al., 2014).

Lipp (2000) indica, ainda, que a jornada dupla ou, até mesmo, tripla estaria ligada a maior vulnerabilidade ao estresse nas mulheres. Assim, o acúmulo de papeis sobrecarregaria mais estes grupos. Contudo, algumas das pesquisas revisadas apresentam dados sociodemográficos que indicam similaridade entre condições sociais de estudantes do sexo masculino e feminino, como situação conjugal, presença ou não de filhos e trabalho concomitante ao estudo. Nesse sentido, sugere-se que novas pesquisas sejam realizadas a fim de tentar compreender melhor esta questão.

CONCLUSÃO

Investigar o estresse no ensino superior mostrou-se uma tarefa tão profícua quanto árdua. Isso se deveu ao fato de que o conceito de estresse parece ainda pouco preciso, a despeito das pesquisas que têm sido realizadas no campo. Junto à temática do estresse, outros construtos vão emergindo como Coping e Burnout, que apresentam conceituações ora semelhantes ora diferentes do conceito que aqui discutimos. Assim, selecionar os estudos a serem revisados constituiu uma trabalhosa tarefa.

A revisão de artigos que abordam o estresse no ensino superior indica que esta ainda é uma área de pouco interesse pela Psicologia. Os estudos realizados são voltados para medição de níveis de estresse e/ou identificação de estressores e sabe-se muito pouco sobre as demandas tradicionalmente apontadas como estressoras, como é o caso da vida acadêmica. Nesse sentido, pesquisas que questionem se essas demandas eram vivenciadas de maneira semelhante em outras épocas ou se a contemporaneidade implica necessariamente em exigências geradoras de estresse, podem ser propostas de investigações que aprofundem o estudo desta temática.

Soma-se a essa proposta, a possibilidade de utilização de outros métodos de pesquisa que possam enriquecer este campo. Sugere-se ainda a investigação da prevalência de estresse no sexo feminino apontada em grande parte da literatura consultada. Este é um dado que inspira cuidado, uma vez que o estresse pode resultar em severos comprometimentos da saúde física e mental.

Algumas das limitações deste estudo dizem respeito à própria delimitação metodológica, no caso, a consulta ter se restringido aos periódicos de Psicologia. Já que a investigação das publicações acerca do estresse no ensino superior em outros campos do conhecimento pode permitir comparações entre pesquisas e um vislumbre maior sobre a área. Além disso, uma revisão sistemática que realize um levantamento sobre as regiões que mais realizam pesquisas sobre a temática pode indicar quais núcleos ou departamentos tem desenvolvido pesquisas.

Por fim, reitera-se que a revisão apontou que o estresse no ensino superior parece ser uma constante. São preocupantes os dados que indicam a prevalência de estresse em grande parte dos grupos investigados. Ainda que os dados não possam ser generalizados, os resultados indicam que estar no ensino superior também gera sofrimento. A prevalência de sintomas psicológicos indica, ainda, que a saúde mental é a mais fortemente comprometida no processo, podendo evoluir para quadros de depressão e ansiedade, além de interferir no rendimento acadêmico.

Entende-se, portanto, este campo como lugar a ser estudado pela Psicologia, que tem por premissa ética o cuidado com o outro. Nesse sentido, a pouca publicação sobre estresse no ensino superior tende a dificultar que esta área ganhe visibilidade e legitimidade científica e, consequentemente, não seja revertida em programas e políticas públicas de amparo ao estudante deste nível de ensino.

REFERÊNCIAS

FILGUEIRAS, J. C.; HIPPERT, M. I. S. A polêmica em torno do conceito de estresse. Psicologia: Ciência e Profissão, Brasília, v.19, n. 03, p. 40-51, 1999.

LIPP, M. E. N. O Stress está dentro de você. 2. ed. São Paulo: Contexto, 2000.

NODARI, N. L. et al. Estresse, conceitos, manifestações e avaliação em saúde: revisão de literatura. Revista Saúde e Desenvolvimento Humano, v. 2, n. 1, p. 6174, Maio 30, 2014.

PACANARO, S. V.; SANTOS, A. A. A. Avaliação do estresse no contexto educacional: análise da produção de artigos científicos. Avaliação Psicológica, v. 6, n. 2, p. 253-260, 2007.

III CONGRESSO DE PSICOLOGIA: as diversas faces do cuidar.
De 26 a 28 de abril de 2018. Belém – PA/
HANGAR – Centro de Convenções da Amazônia
Volume 03 – ISSN: 2526-527X
CADERNO DE TRABALHOS COMPLETOS
http://revistas.unama.br/index.php/anaispsicologia/index

A HUMANIZAÇÃO NA ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL NO ESTADO DO PARÁ: REFLEXÕES CRÍTICAS A LÓGICA MANICOMIAL

VASCONCELOS, Letícia Oliveira
LEBREGO, Arina
SORDI, Bárbara Araújo

INTRODUÇÃO

Para entendermos como se deu o processo de humanização na atenção em saúde mental e no tratamento aos portadores de transtornos mentais, é necessário olharmos para o contexto histórico e entender os fatores e elementos que possibilitaram as transformações necessárias no âmbito da saúde mental.

Segundo Batista (2014), a cultura e a história frequentemente nos mostram referências à loucura e ao louco, ora com um olhar positivo ora negativo, e “isso nos leva a pensar sobre a linha tênue que separa a saúde da doença” (p. 392). Foucault, na sua tese de doutorado estuda sobre “A História da Loucura”, e aponta para a “estrutura de exclusão” que se iniciou na Idade Média, com os leprosários sendo esvaziados, passando a ser utilizados para tratar doenças venéreas no século XV e depois para o tratamento de todo tipo de doente, inclusive os loucos. Todos eram internados nos antigos leprosários, compartilhando o mesmo espaço, não havia diferenciação entre loucura e razão, só havendo uma ruptura entre elas depois.

O Hospital Geral de Paris, inaugurado em 1652, inicia a “grande internação dos pobres”, sendo este o momento em que a loucura é percebida como incapacitante, já que impossibilita o louco a trabalhar no contexto social, ou seja, a loucura começa a ser vista como um problema. No Brasil, a loucura fazia parte do cotidiano, do convívio social até o início do século XIX, a partir deste século, ela passa a ser considerada desordem, perturbação da paz e ser apropriada pelo discurso religioso. (BATISTA, 2014).

Posteriormente, os loucos começaram a ser retirados do seu contexto social e colocados nos porões das Santas Casas de Misericórdia e nas prisões públicas, de forma que ficavam isolados socialmente e, além da segregação, também sofriam com a falta de higiene e de tratamento adequado. Surge a reivindicação para a criação de um dispositivo para o tratamento específico dos loucos - o hospício. (idem)

Apesar de haver médicos no hospício, a administração destes espaços ainda se mantinha nas mãos de religiosos. Apenas no período da República este é substituído pelo discurso médico e psiquiátrico, o qual propõe que o tratamento seja humanizado. O olhar sobre a loucura se modifica, esta passando a ser vista como doença mental. Porém, o isolamento dos loucos ainda era defendido e justificado por se considerar que se devia afastá-los do ambiente onde estavam as causas da doença, e por promover a possibilidade de intervenção terapêutica. Há uma crise na psiquiatria - esta passa a ser duramente criticada por promover a alienação, por ser a própria produtora da loucura, em vez de curá-la. (idem)

No Estado do Pará, se reproduziu a lógica da exclusão social da loucura, assim como o descaso com as mínimas condições de cuidados aos portadores de sofrimento mental. Os hospitais psiquiátricos se caracterizavam por suas longas internações, com um número insuficiente de funcionários para a grande demanda e denúncias de maus tratos. Logo, começa-se a pensar em “despsiquiatrização” e movimentos antipsiquiatras eclodem, contestando o saber e poder do psiquiatra.

O movimento da Reforma Psiquiátrica ainda não acabou, continua em processo no Brasil e tem proporcionado espaços de reflexão acerca da temática da saúde mental, fundamental para efetivar as transformações necessárias e a implantação de novos modelos e novas estratégias de cuidado.

O processo de desinstitucionalização se tornou um dos principais focos e serve de fundamento à política de saúde mental. Porém, a desinstitucionalização não se constitui em apenas substituir os manicômios por outros serviços, pois isso não garante a eliminação de práticas excludentes, trata-se de proporcionar uma nova configuração, ao constituir relações pautadas em bases epistemológicas e políticas que viabilizem a verdadeira mudança no modelo assistencial (CARDOSO, OLIVEIRA e PIANI, 2015).

OBJETIVO

Realizar uma pesquisa bibliográfica acerca do processo de humanização na atenção em saúde mental e avaliar como estão sendo efetivados os processos de desospitalização e desinstitucionalização propostos pelo movimento da Reforma Psiquiátrica.

METODOLOGIA

Foi feito um levantamento bibliográfico na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), na busca de artigos completos publicados no período de 2015 a 2017, utilizando os descritores: reforma psiquiátrica no Estado do Pará, Saúde Mental no Estado do Pará e humanização na atenção em Saúde Mental.

Foram incluídos artigos completos que correspondiam aos critérios de serem publicados em língua portuguesa, no período especificado anteriormente, que apresentavam reflexões acerca da temática exposta no objetivo. Foram excluídos artigos em língua estrangeira, fora do período descrito, que não faziam referência direta a temática deste estudo e que não estavam disponíveis em formato completo.

Foram encontrados 29 artigos, dos quais selecionamos 3 trabalhos que correspondiam aos critérios eleitos neste trabalho. A partir dos artigos selecionados foram elaboradas categorias qualitativas:

1) *Processo saúde e doença na atenção em Saúde Mental*
2) *Humanização da atenção em Saúde Mental - coexistência de práticas de cuidado que corroboram os princípios da Reforma Psiquiátrica e outras que ainda reproduzem a lógica manicomial*

RESULTADOS E DISCUSSÃO

1) *Processo saúde e doença na atenção em Saúde Mental*

Nos artigos o sentido dado ao adoecimento explicitado por meio do relato das histórias de vida dos usuários acaba por localizar a doença no corpo físico, no organismo. O intenso sofrimento psíquico produz sintomas orgânicos e psíquicos, que acabam desencadeando em “crises”. Foi a partir destas que os usuários estabeleceram o primeiro contato com a rede de serviços em saúde mental, principalmente por meio da internação hospitalar, na qual, de certa forma, o cuidado se reduz às práticas de contenção, centrada na administração de medicamentos (CARDOSO, OLIVEIRA e PIANI, 2016).

A partir disso, ainda segundo os usuários, em sua maioria, são encaminhados para outros serviços da rede de atenção, e em especial, para o CAPS, percorrendo itinerários no campo da saúde mental que vai da hospitalização ao atendimento especializado, demonstrando um percurso oposto ao pensado pela Rede de Atenção

Psicossocial, que conta com o atendimento na atenção primária, em seguida atenção especializada, tendo a internação como último recurso. (idem)

No Estado do Pará, existe a clínica psiquiátrica no FHCGV (única no Estado), a qual possui um setor de Emergência. Segundo Castro (2014), lá chegam muitos casos que poderiam ser atendidos numa Unidade Básica de Saúde (UBS), por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF) ou mesmo pelo CAPS – nos casos em que tem um CAPS no município. Nestes casos, os indivíduos demonstram sinais e sintomas que são ignorados por serem indícios pequenos, apenas quando já estão numa crise, apresentando sintomas mais graves, são levados para a emergência e consequentemente internados.

> "(...) entendemos que a falta de articulação entre os serviços da rede de saúde mental não justificaria sozinho o não funcionamento pleno da Política atual de Saúde Mental. Seria necessário então um melhor entendimento pelas equipes técnicas dos serviços de saúde de uma forma geral sobre a condução de casos em Saúde Mental desde um acompanhamento de alta e manutenção do tratamento, até mesmo na identificação e prevenção de sintomas e situações que levariam ao não adoecimento grave do usuário." (CASTRO, 2014, p. 13).

Todavia, as equipes de saúde das unidades básicas, muitas vezes, não foram treinadas e preparadas para atender às demandas do sofrimento psíquico. Porém, tanto os indivíduos acometidos por uma doença física como os que possuem uma doença mental deveriam passar pela atenção primária, receber o acolhimento e posteriormente ser encaminhado aos serviços especializados, afinal a saúde engloba tanto o bem estar físico quanto mental. Infelizmente, não é assim que acontece - os usuários acabam chegando primeiro ao hospital, talvez por falta de informação ou talvez por ter o hospital ainda como referência de lugar de tratamento dos enfermos.

Segundo os autores Destarte, Alverga e Dimenstein (2006 apud CARDOSO, OLIVEIRA e PIANI, 2015), é preciso trazer para a sociedade a problematização acerca

do cuidado na saúde mental, refletir sobre a própria dinâmica da sociedade e sobre os discursos entorno dos processos de saúde-doença, ao discutir os sentidos atribuídos aos loucos e à loucura. Ainda se permeia em nossa cultura preconceitos e fantasias acerca da loucura que precisam ser desconstruídos e desmistificados. Além disso, ainda há um número baixo de pesquisas nesse campo.

Muitas conquistas já foram realizadas como retirar os pacientes do enclausuramento nos hospitais psiquiátricos e gradualmente implantar serviços de saúde em meio aberto, como os CAPS, Hospitais-dia e as Residências terapêuticas, nos quais os tratamentos oferecidos podem ser realizados com a presença dos familiares e permite que os usuários não deixem de ter contato com sua comunidade.

Entretanto, infelizmente, algumas famílias e a própria sociedade ainda não estão preparadas para dar acolhimento aos portadores de sofrimento psíquico, ainda há essa lacuna entre o cuidado que é oferecido e o cuidado que se deseja oferecer, apesar dos esforços realizados em tentar reverter essa situação.

> “(...) a reorientação da assistência psiquiátrica, ao avançar de um modelo hospitalocêntrico para um modelo de atenção extra-hospitalar fez emergir um cenário que possibilitou a constituição de tecnologias psicossociais interdisciplinares, as quais revertem em um cuidado diferenciado.” (CARDOSO, OLIVEIRA e PIANI, 2015, p. 173).

O campo da saúde mental tem-se sido procurado cada vez mais por profissionais e pesquisadores, aumentando o número de investigações e discussões acerca do tema, devido a maior complexidade que se tem hoje nas demandas dos serviços em saúde mental. Ao mesmo tempo em que há um maior desenvolvimento cientifico e técnico, também surgem diversas dificuldades nesse campo e limitações na tentativa de atender as necessidades da população. Vive-se hoje uma crise na saúde contemporânea, por conta disso, procuram-se estratégias e alternativas para a organização da saúde no Brasil que visem práticas humanizadas e integrativas, já que “o cuidado é o principal elemento para transformar o modo de viver e sentir o

sofrimento do portador de transtorno mental e sua família no seu cotidiano" (CARDOSO, OLIVEIRA e PIANI, 2015, p. 173).

Como afirma o autor Lima (2011 apud CARDOSO, OLIVEIRA e PIANI, 2015), os serviços oferecidos aos portadores de doença mental não devem ser cristalizados, ao estabelecer um cotidiano repetitivo, reproduzindo técnicas e protocolos, deve haver criatividade, inovação e as ações devem ser dirigidas aos usuários, e não à doença, ao oferecer a eles acolhimento, estimular a sociabilidade, desenvolver suas potencialidades e respeitar a singularidade de cada um.

2) *Humanização da atenção em Saúde Mental - coexistência de práticas de cuidado que corroboram os princípios da Reforma Psiquiátrica e outras que ainda reproduzem a lógica manicomial*

Nesta categoria agrupamos a discussão em torno das reflexões acerca do processo de mudanças nos pontos de atenção à saúde mental, levando em consideração que as mudanças significativas são produzidas de dentro para fora, ainda que sejam estimuladas pelas políticas públicas; elas devem ocorrer no dia-a-dia dos serviços, nos encontros e desencontros, tentativas de erros e acertos pelos atores envolvidos no processo (CARDOSO, OLIVEIRA e PIANI, 2015).

Segundo Cardoso, Oliveira e Piani (2016), encontra-se na literatura em saúde mental a argumentação de que a Reforma Psiquiátrica vive um impasse: de um lado, têm-se os avanços significativos obtidos pelo movimento, os quais contribuíram para a construção técnica e científica da prática clínica na assistência. Estes avanços trouxeram uma nova abordagem, um novo modelo assistencial pautado no fortalecimento da relação entre os profissionais de saúde de diferentes especialidades e contribuíram para a construção do modelo de gestão do CAPS. Por outro lado, percebe-se ainda, no cotidiano dos serviços em saúde mental, a repetição de práticas antigas fundamentadas na lógica manicomial.

É preciso trabalhar de forma que seja possível criar e ajudar na construção dos projetos de vida dos pacientes, de modo a apresentar a eles possibilidades que não dependem somente dos serviços, sem deixar de dar assistência, mas evitar que essa assistência se torne uma prática de tutela, retirando dos usuários a autonomia.

Porém, muitas equipes dos serviços de saúde mental costumam trabalhar com concepções previamente formadas em relação às suas práticas. Muitas delas estão, ainda, presas às correntes da repetição, do habitual. Este hábito vem sendo impregnado pelas relações de poder, na tentativa de manter o controle e a disciplina. (CARDOSO, OLIVEIRA e PIANI, 2015).

As equipes que conseguem superar este modelo de funcionamento são as que se negam a aceitar como conceitos imutáveis, a “doença mental” e o conceito de “paciente”, não as considerando essências fixas de identidade. Recusam-se também, a reproduzir “tratamentos” já estabelecidos, afirmando o novo por meio da criação de práticas clínicas, de convívio e de produção que ativam movimentos autônomos. Identificam-se práticas nas quais se percebe a descontinuidade da repetição do controle. No entanto, ainda permanecem as que atuam com as práticas de segregação, objetivação e produção de subjetividades moldadas. (idem)

Portanto, percebe-se um conflito entre as práticas das equipes de saúde e contradições na atuação profissional, que ora trabalha-se com elementos da lógica asilar, ao repetir as práticas de contenção, conservando o pensamento de que o louco deve ser isolado do convívio social, ora trabalha-se em prol da autonomia dos usuários, da transformação desse serviço com o objetivo de dar uma assistência integral e um acolhimento humanizado.

Além disso, alguns CAPS possuem pouca efetividade, muitos não tem acesso ao serviço, “mesmo com um bom indicador de cobertura, alguns municípios e regiões podem estar com baixo acesso à atenção em saúde mental” (CARDOSO, OLIVEIRA e PIANI, 2016, p. 87). Outros desafios: falta uma melhor articulação entre a rede de atenção psicossocial e a rede de urgência e emergência, ampliar as ações na atenção básica e trazer uma maior qualidade para os serviços, ao expandir os Caps III, Capsi, Capsad, e a intersetorialidade das ações em saúde mental.

É necessário trabalhar mais na promoção de uma melhor participação de todos que atuam no cuidado, na assistência, na gestão e na avaliação das práticas. “Muitos gestores ainda não compreendem e não promovem a participação dos usuários na construção, na implantação e na avaliação das políticas, principalmente a dos usuários e familiares do campo da saúde mental” (CARDOSO, OLIVEIRA e PIANI, 2016, p. 88).

Portanto, observa-se ainda a falta de participação dos usuários e seus familiares, o que não deveria ocorrer, pois a participação deles é de fundamental importância já que são eles que se utilizam dos serviços, além de ser uma forma de garantir maior autonomia aos pacientes. Estes devem fazer parte da construção de melhorias para os serviços, da política e do controle social destes.

O saber médico ainda é predominante, sendo as ações centralizadas na figura do psiquiatra, além da grande divulgação dos medicamentos de ação no sistema nervoso como melhor e único tratamento. Estes aspectos ajudam a manter as relações de controle e poder nas práticas de saúde mental que nos mantém presos aos séculos XVIII e XIX.

CONCLUSÃO

Hoje, o modelo vigente na saúde mental é o da atenção psicossocial, que propõe um atendimento humanizado ao indivíduo em sofrimento psíquico. Porém, apesar das conquistas do movimento da Reforma Psiquiátrica, os processos de desospitalização e desinstitucionalização, ainda ocorrem apenas no âmbito superficial, caracterizando-se como mera mudança de local de tratamento e não enquanto uma transformação efetiva na maneira de tratar a doença mental.

Apesar dos esforços em mudar o olhar sobre a loucura ainda persiste, em muitos lugares de tratamento de saúde mental, a lógica asilar, segundo a qual se defende que é preciso isolar o sujeito, por este ser visto como alguém perigoso que não pode viver em sociedade. As pessoas em sofrimento psíquico ainda sofrem com este estigma e com o preconceito.

Encontramos no cotidiano dos serviços, práticas contraditórias, pois há os que aceitam passivamente a ocorrência de mecanismos de exclusão e há os que se recusam a aceitar e fazem tentativas de promover, no ambiente de trabalho, mudanças e práticas inovadoras.

É necessário compreender a loucura, sem restringi-la à patologização. É necessária a efetivação dos instrumentos que possibilitam a reinserção psicossocial dos portadores de transtornos mentais. E é necessário, por fim, se buscar compreender o cuidado em saúde mental a partir de suas diferentes dimensões, ao considerar suas potencialidades de emancipar os portadores de sofrimento psíquico, auxiliar os profissionais de saúde na construção de projetos singulares efetivos, os

quais contribuam para a oferta de atenção à saúde mental humanizada e proporcionam maior qualidade de vida e de saúde.

Palavras-chave: saúde mental; reforma psiquiátrica; humanização; reinserção psicossocial.

REFERÊNCIAS

BATISTA, M. D. G. Breve história da loucura, movimentos de contestação e reforma psiquiátrica na Itália, França e no Brasil. Revista de Ciências Sociais, n. 40, Abril de 2014, pp. 391-404.

CASTRO, C. Os meus, os seus...e os nossos? Análise sobre o papel de um Centro de Atenção Psicossocial no apoio matricial à atenção básica no município de Belém-PA. Tese em Português. Coleciona SUS. ID: sus 34242, Belém-Pará; s.n, 2014. 113p.

CARDOSO, Márcia Roberta de Oliveira; OLIVEIRA, Paulo de Tarso Ribeiro de; PIANI, Pedro Paulo Freire. Relato de experiência de um atendimento em um CAPS: considerações sobre o cuidado em saúde mental. Rev. NUFEN, Belém , v. 7, n. 2, p. 166-186, dez. 2015. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2175-25912015000200009&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 31 mar. 2018.

CARDOSO, Márcia Roberta de Oliveira; OLIVEIRA, Paulo de Tarso Ribeiro de; PIANI, Pedro Paulo Freire. Práticas de cuidado em saúde mental na voz dos usuários de um Centro de Atenção Psicossocial do estado do Pará. Saúde debate, Rio de Janeiro , v. 40, n. 109, p. 86-99, Junho 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042016000200086&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 31 Mar. 2018.

III CONGRESSO DE PSICOLOGIA: as diversas faces do cuidar.
De 26 a 28 de abril de 2018. Belém – PA/
HANGAR – Centro de Convenções da Amazônia
Volume 03 – ISSN: 2526-527X
CADERNO DE TRABALHOS COMPLETOS
http://revistas.unama.br/index.php/anaispsicologia/index

UM ESTUDO PSICOLÓGICO ACERCA DO DESENHO INFANTIL: RELATO DE EXPERIÊNCIA

PINTO, Israele Bozetti Biancardi
MENDES, Luciene Carvalho
COSTA, Niamey Granhen Brandão da

INTRODUÇÃO

O respectivo trabalho aborda como o desenho infantil auxilia o psicólogo nas análises investigativas em uma avaliação clínica - psicodiagnóstico, tendo por objetivo apresentar um relato de experiência acerca da importância da técnica do desenho infantil como recurso de avaliação psicológica observando o desenvolvimento da criança por meio dos desenhos, visto que essa técnica possibilita um conhecimento acerca do sujeito, da sua subjetividade, trazendo questões conscientes e inconscientes significativas frente ao seu mundo, sejam elas do passado, presente ou futuro, em virtude de ser um procedimento realizado objetivando levantar dados, como ponto de partida afim de compreender a causa do sofrimento para a partir de então promover uma reorganização, aconselhamento e apoio psicológico.

> O desenho é uma forma de comunicação, expressando o desenvolvimento geral, podendo avaliar o nível de maturidade da criança no psicodiagnóstico ou servir como meio de contato na psicoterapia. Através do uso projetivo do desenho, o sujeito revela um conteúdo simbólico e os aspectos inconscientes. Para a análise, a autora sugere a observação dos aspectos referentes à adaptação (adequação às instruções), à expressão (a forma gráfica típica) e à projeção (qualidades que o sujeito determina às situações e aos objetos, através do conteúdo e do tema do desenho). (LOURENÇÃO, 1981/ 1984 apud AFFONSO, 2012, p.181).

Tardivo (1985 apud AFFONSO, 2012, p.181) destaca a: “Relevância da atividade gráfica como forma de expressão, e nesta se manifesta a criatividade, a autoestima, o autoconceito e a formação da identidade. Também pode-se observar

nessa evolução a influência de fatores culturais, e de transtornos psicopatológicos, entre outras influências".

O psicodiagnóstico busca conhecer o sujeito, tendo como objetivo a compreensão da personalidade como um todo intencionando encontrar um sentido para o conjunto das informações disponíveis, se apossando daquilo julgado como relevante e significativo da personalidade, estabelecendo empaticamente o contato emocional com o outro e identificar os motivos profundos da vida emocional do indivíduo. Nesse sentido, ainda pensando no psicodiagnóstico de forma geral, seu principal objetivo seria esse conhecimento, abrangendo tanto o diagnóstico das questões passados e presentes, quanto o prognóstico das questões futuras. Como a pessoa, em especial a criança, faz parte de um grupo familiar, o psicodiagnóstico inclui também o conhecimento das relações familiares e de outras relações sociais (AFFONSO, 2012).

METODOLOGIA

O presente estudo consiste em um relato de experiência vivenciado por discentes do 5º semestre do curso de Psicologia da Universidade da Amazônia – UNAMA-SER EDUCACIONAL, na disciplina Psicologia: entrevistas e técnicas projetivas, mediante a aplicação da técnica do desenho como recurso de levantamento de informações acerca do desenvolvimento infantil.

No que se refere à sistematização desse processo foi produzido um levantamento bibliográfico em bases de dados científicos com aplicação prática de entrevista e dois desenhos, sendo um livre e outro da família em uma criança da terceira infância, realizados na residência de uma das constituintes da pesquisa, especificamente na sala de estar, em ambiente silencioso, iluminado artificialmente, com temperatura ambiente, e sem interferências ou ruídos, possuindo uma mesa, e três cadeiras, estando presentes apenas a criança com duas integrantes do grupo. Foi disponibilizado para a criança o seguinte material - uma folha de papel para cada desenho, lápis preto, uma caixa de lápis de cor, canetas hidrocores e borracha. A entrevista ocorreu dentro do esperado, tendo boa participação da criança que manifestou-se de forma receptiva, colaborativa e intensamente curiosa acerca do tipo de atividade que seria realizada, também foi excessivamente comunicativa, se colocando na posição de entrevistadora ao invés de entrevistada, fazendo perguntas

e fornecendo dados pessoais como preferências e favoritismos antes mesmo de qualquer interrogativa direta.

Na mesma condição essa aplicação da entrevista foi efetuada com a mãe da criança, em momentos separados e locais diferentes daquela realizada com o filho. A entrevista realizada com a mãe, sucedeu-se na residência da avó materna em uma área externa coberta, contendo um sofá, sendo este um ambiente silencioso, arejado e ventilado naturalmente, tendo boa iluminação natural e sem interrupções. A entrevistada foi colaborativa, mostrou-se à vontade para responder a todas as perguntas sem resistência ou negativa, transparecendo satisfação ao falar do filho e do empenho que tinha ao ensinar questões tanto de educação secular quanto repasse de valores éticos e morais.

Consideramos que foi estabelecido um bom rapport com ambos os entrevistados, mãe e criança, traduzido a partir das informações referenciadas, que deram subsídios para o levantamento de dados do histórico familiar e do contexto no qual Bruno (nome fictício) está inserido.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Breve síntese da história de Bruno (nome fictício) - 7 anos de idade, classe média, cursa o 3º ano do ensino fundamental em escola particular, católico, primogênito de uma família composta por pai, que exerce a profissão de técnico em segurança do trabalho, mãe que exerce a profissão de técnica de enfermagem, uma irmã de 4 anos, a avó paterna, e o tio paterno (cadeirante). Gravidez acidental, porém desejada, onde todas as medidas necessárias, como pré-natal e acompanhamentos médicos, foram tomadas para que tudo transcorresse dentro da normalidade, atendendo inclusive as expectativas dos pais em relação ao sexo do bebê, nasceu por intervenção cesariana devido a mãe apresentar um quadro de distocias de parto, afim de evitar sofrimento para o feto, entretanto, apesar do ocorrido, a criança nasceu sem alterações clínicas, sentou e engatinhou por volta de cinco ou seis meses de idade, andou em torno de um ano apresentando dominância lateral direita, foi amamentado até os dois anos e seu desmame ocorreu de forma tranquila. Começou a falar aproximadamente com um ano e meio, frequenta a escola desde os 3 anos de idade, não apresentando dificuldades de adaptação. Desenvolveu o domínio da fala que lhe proporciona facilidade para se expressar, expor ideias e lidar com o público

até os dias de hoje, porém apresenta dificuldades na disciplina de português, principalmente na aplicação da escrita, trocando a letra D por T e B por D, exprime dificuldades de concentração e dispersão. Possuí hábitos alimentares saudáveis e costuma fazer as refeições com a família em horários e local adequado, apresenta sono tranquilo, dorme em uma cama, no quarto com os pais. Desempenha sozinho as atividades fisiológicas, banho e vestir-se, exceto a higiene oral que por recomendação da odontopediatra deve ser acompanhado pela mãe para que aprenda corretamente o processo de escovação. Em relação a sexualidade, apresenta curiosidades e faz perguntas que geralmente são respondidas pela mãe que se faz mais presente por consequência da flexibilidade de horário de trabalho.

Através da técnica do desenho pode ser percebido dados cognitivos, psicomotores e sócio afetivos, sendo observado na criança sua personificação, maturidade, inteligência, motricidade, percepção visual, oralidade, expressão de realidade e fantasia, criatividade, sexualidade, autoimagem, subjetividade, preocupações, preferências, uma vez que a descrição das características de seus traços, a utilização de cores, a escolha desta ou sua ausência, e assim por diante, se transformam em dados que podem dar conta do conteúdo veiculado, sendo assim uma forma de comunicação e expressão do sujeito permitindo organizar e processar informações acerca de sua percepção dando significados a suas vivências de forma singular, em que podem surgir queixas latentes e manifestas. Para Winnicott (1984 apud AFFONSO, 2012, p.182): “O desenho permite que a criança expresse o problema ou conflito predominante que vivencia no momento”. O desenho tem sua importância no entanto não se pode fazer um diagnóstico a partir de um simples desenho isoladamente por não definir tudo, todavia é uma técnica norteadora no processo de psicodiagnóstico caracterizando-se como um meio de investigação. No campo da Psicologia, os fenômenos ou processos psicológicos referem-se às condutas dos indivíduos em diferentes situações e contextos, originando a necessidade de explicar e construir conhecimentos sobre tais fenômenos ou processos através da realidade percebida, comunicada, observada e representada no comportamento (CRUZ, 2002). O desenho é uma das manifestações semióticas, isto é, uma das formas através das quais a função de atribuição da significação se expressa e se constrói. Desenvolve-se concomitantemente às outras manifestações, entre as quais o brinquedo e a linguagem verbal (PIAGET, 1973).

No desenho livre, (primeiro a ser aplicado), a criança desenhou uma casa, abaixo da linha (solo) fez raízes como de uma árvore e uma larva, iniciando o referido desenho com lápis pela linha de base, depois fez o teto, parede da casa, janela, porta, raízes, mãos e por último a larva, em seguida coloriu com caneta hidrocor, usando todas as cores da sequência de dentro da caixa e à medida que as utilizava, tampava e guardava novamente de forma que todas ficassem organizadas na mesma direção, fez várias pausas durante a atividade trazendo informações verbais interrogativas, afirmativas e exclamativas não solicitadas como: "Eu gosto de contornar; Eu não gosto de quebrar; Eu sou muito organizado; Eu gosto de pintar coisas coloridas; Amarelo, vermelho e azul são as cores primarias; Eu gosto de todas as cores menos de roxo, porque roxo tem muito e tudo que tem muito eu não gosto; Vocês já fizeram teste de DNA?; Tem que testar! Quando a criança tocar no errado ela não vai gostar de perder aí dá o balão pra ela! Vocês não acham uma boa ideia? O teste de DNA é muito legal, tem que se esconder, marcar um x pra não se perder e chora, depois fala achei, ai sai do lugar e diz: Tô aqui porque a criança segue sua voz tipo cobra cega, as crianças são guiadas por vozes (..)". Bruno não fez uso da borracha e ao relatar seu desenho, afirmou que pensou em uma casa com proteínas e raízes com toda sua família inserida nela, apontando saber ter feito tudo errado por ter conhecimento que não existem casas como a que desenhou, porém justificou querer faze-la como tal, argumentando que "as raízes vão pegando vermes que sugam 20 horas por dia, e ao ter contato com essa raiz faz com que a madeira fique fraca, como o cupim faz, igual um verme naval, semelhantemente a um embuá que se rasteja com sua longa cauda, ela põe seus filhotes que vão para dentro da raiz da casa".

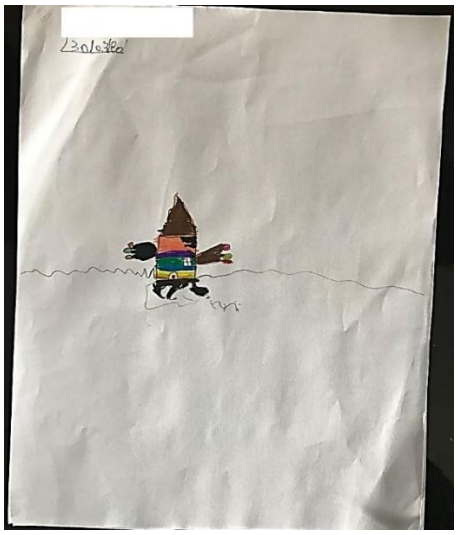


Figura 1: Desenho livre

No desenho da família (segundo a ser aplicado), Bruno apresentou resistência para a atividade solicitada alegando ser difícil, demonstrado inquietação e desconforto, perguntando se poderia substituir o desenho da família por uma casa. Apesar desse comportamento afirmou que faria, mas não pintaria. Diferentemente do desenho livre, desenhou rapidamente em silêncio, produzindo uma casa e 7 pessoas fora dela, sendo uma dessas pessoas cadeirante, iniciando o desenho a lápis pela linha de base (solo), e na sequencia fez a casa e as sete pessoas. Não utilizou borracha, lápis de cor e/ou caneta hidrocor, apesar de sido disponibilizado a ele.

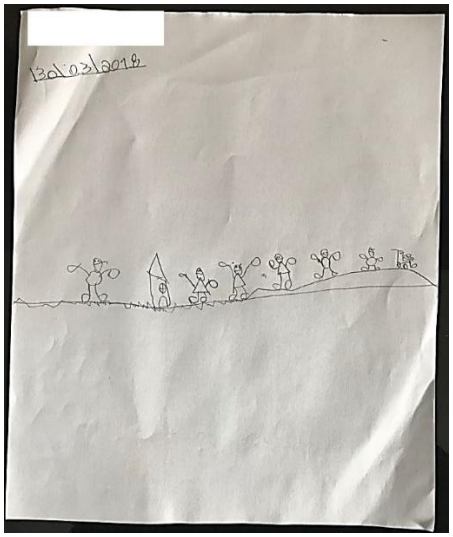


Figura 2: Desenho da família

Durante o inquérito deste desenho, a criança relatou sem resistência quem eram as pessoas que havia desenhado, identificando o grau de parentesco de todos, porém não soube informar a idade de nenhum deles exceto a sua, descrevendo ser ele a primeira pessoa, evidenciando na figura que a casa separa ele de todos os outros, aludindo ideia de distanciamento, a mãe a segunda a ser desenhada, a avó materna a terceira, a tia materna a quarta, o pai o quinto, o padrinho o sexto e por último e sétimo o tio cadeirante ressaltando que ele sofreu um acidente quando era bebê mas não está mais hospitalizado. Outro momento de negação da criança ocorreu quando perguntarmos se estava faltando alguém no desenho, respondendo que estava faltando tios, tias e padrinhos mas ele não queria desenhar eles, e não caberiam todos por serem muitos.

De acordo com informações obtidas durante entrevista com a mãe, a criança tem uma irmã mais nova de 4 anos e uma avó paterna que residem na mesma casa, não inseridas no desenho, enquanto a tia e a avó materna que não residem com ele constam nesse desenho. Salientamos que em nenhum momento verbalizou algo a respeito, da avó paterna, pai e irmã a qual desprezou não somente da fala, mas também do desenho conduzindo um pronunciamento de negação. “A omissão de irmãos pode denunciar sentimentos de rivalidade da criança, que tenta simbolicamente excluir da família figuras competitivas” (CUNHA, 2000, p.515).

Os desenhos e as manifestações verbais e não verbais da criança revelam características de sua personalidade somadas a seus significados a respeito de questões vivenciadas e/ou desejadas e até mesmo indesejadas.

Cronologicamente, Bruno encontra-se no período conhecido como a terceira infância, no qual as habilidades motoras gerais se tornam mais complexas, porém a partir da análise de características do desenvolvimento gráfico como explicitas abaixo, podemos considerar que a criança encontra-se no período conhecido como segunda infância, pré-esquemático, revelando traços regredidos e infantilizados, demonstrando imaturidade ao fazer um desenho abaixo do esperado para sua real idade cronológica.

É possível que a falta de concentração de Bruno mencionada pela mãe, possa ter relação com supostos conflitos a partir de queixas latentes e manifestas que correspondem a esse afastamento familiar, deixando a criança insegura com a ideia de competição e receio de perdas. Mostrando necessidade de se comunicar demasiadamente como forma de chamar atenção, pois apesar de se adaptar facilmente as situações e ser bem relacionado com as pessoas de forma dócil, não denota apresentar adaptabilidade nesse contexto de realidade familiar com manifestações de resistência e negação. E essa questão, pode ter sido provocada pela inserção de um novo membro no contexto familiar, no caso a irmã, que parece representar uma ameaça na relação estreita que tinha com a mãe, o que poderia justificar a ausência dela em seu desenho e fala.

Ficha de análise do desenho

CRITÉRIOS DE ANÁLISE	RESULTADOS	
	DESENHO LIVRE	DESENHO FAMÍLIA

Estágio do Desenvolvimento gráfico	Compatível com a 2 infância (pré-esquematismo, traços infantis regredidos)	Compatível com a 2 infância (pré-esquematismo, traços infantis regredidos)
Tempo de reação / tempo de latência	1’	10’ Elevado, pode-se considerar resistência.
Tempo total	20’	5’
Posição do desenho	Quadrante esquerdo (Indica pensamentos relacionados ao passado, atitude regredida, dependência, insegurança)	Inferior (Nos informa sobre necessidades físicas e materiais, insegurança)
Tamanho do desenho	Pequeno (Retraimento, insegurança, constrição do ambiente, reflexão)	Pequeno (Retraimento, insegurança, constrição do ambiente, reflexão)
Pressão do traço	Não avaliado por ter feito uso de canetas hidrocores	Forte (Tensão, ansiedade, agressividade)
Qualidade do traço	Continuo sem interrupção (Segurança, docilidade)	Tremulo (Insegurança, tensão)
Uso da borracha	Não uso (Falta de autocrítica, imaturidade)	Não uso (Falta de autocrítica, imaturidade)
Uso das cores	Mistura de cores (Pode representar imaturidade, desequilíbrio)	Não uso / ausência de cor (Vazio afetivo)

Rotação do papel	Sim (Indício de curiosidade e iniciativa, possível oposição e negativismo)	Sim (Indício de curiosidade e iniciativa, possível oposição e negativismo)

CONCLUSÃO

Concluímos o mesmo apontando a importância da técnica do desenho como recurso de coleta de dados em um processo de psicodiagnóstico infantil como forma de comunicação, permitindo acesso a aspectos como a abrangência e interpretação de características da personalidade, assim como a percepção em relação aos outros, incluindo valores grupais, culturais e escolares, possibilitando a compreensão de fenômenos psicológicos dos mais variados, facilitando observar e avaliar ocorrências psicológicas relacionadas similarmente a saúde e doença.

Diante dos fatos apresentados, chegamos à conclusão de que a criança precisa de mais sessões para ampliação e investigação de questões inconscientes, considerando que seus conteúdos e comportamento manifesto, se mostram de uma forma divergente ao latente.

Em face de tais informes, fica em evidência a relevância dessa técnica aplicada no processo de psicodiagnóstico nos mais distintos contextos.

REFERÊNCIAS

AFFONSO, R. M. L. (org). Ludodiagnóstico: investigação clínica através do brinquedo. Porto Alegre: Artmed, 2012.

CRUZ, R. M. O processo de conhecer em avaliação psicológica. In: CRUZ, R. M.; ALCHIERI, J. A & SARDÁ JUNIOR, J. J. (org.) Avaliação e medidas psicológicas: Produção de conhecimento e da intervenção profissional. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002, p. 15-24.

CUNHA, J. A. et. al. Psicodiagnóstico V. 5. ed. revisada e ampliada. São Paulo: Artmed, 2000.

PIAGET, J; INHELLDER, B. A psicologia da criança. 3 ed. Rio de Janeiro: DIFEL, 2007.

CURA GAY? IDEOLOGIA DE GÊNERO? PSICOLOGIA, PARA QUÊ E PARA QUEM?

SORDI, Bárbara Araújo
barbarasordi@hotmail.com
VALENTE, Márcio
LIMA, Maria Lúcia

INTRODUÇÃO

Muito se fala de cura gay, de ideologia de gênero, às vezes, sem compreender de que tais assuntos se tratam e quais suas origens. A terapia de "reversão sexual" seria um tratamento ofertado para curar e reorientar uma identidade ou orientação sexual, tida como nociva ao sujeito, isto é, patológica, por se enquadrar fora do padrão normativo.

Embora a "reversão sexual", popularmente intitulada de "cura gay", seja, atualmente, uma prática condenada pelo código de ética de psicologia, eventualmente torna-se pauta de debate no cenário brasileiro. Dentre os mais recentes, em 2009, houve caso público de uma psicóloga que, amparada por uma instituição religiosa, realizava e defendia o tratamento curativo para gays e lésbicas; em 2011, um projeto de Lei (Projeto 234/11) de autoria do Deputado João Campos (PSDB) que visava vetar a aplicação do parágrafo único do art. 3º e 4º, da Resolução do Conselho Federal de Psicologia que estabelece normas de atuação para os psicólogos em relação à questão da orientação sexual, o qual foi arquivado; e, mais recente, em 2017, quando o juiz Waldemar Cláudio de Carvalho concedeu uma liminar que deliberava que o Conselho Federal de Psicologia não podia impedir de promover estudos, pesquisas ou atendimentos sobre reorientação sexual, acreditando que a resolução do Conselho seria um ato de censura que impedia os psicólogos a atuar diante da questão da homossexualidade.

Não distante, atualmente tem se disseminado o termo "ideologia de gênero", desta vez, relacionado a uma suposta proposta pedagógica que busca impor uma desconstrução de valores e associações que envolvem o feminino e masculino, sendo acusados de causar uma confusão na cabeça das crianças e jovens, influenciando-os a homossexualidade. Desta forma, projetos de lei em vários municípios tem tramitado proibindo a veiculação de materiais que abordem sexualidade e diversidade sexual

em escolas, bem como discute-se que a temática da sexualidade estaria relacionada a determinados polos políticos, criando-se uma proposta de Escola Sem Partido.

Obviamente tais debates estão envoltos em relações de poder, o que faz importante pontuar que o cenário político brasileiro, após impeachment da presidenta democraticamente eleita, encontra-se fragilizado diante de medidas que afetam diretamente a vida dos trabalhadores, como a reforma trabalhista e previdenciária, a proposta de desmonte do SUS, como da retirada de disciplinas de Filosofia e Sociologia das Universidades públicas, além de contar com uma bancada, de deputados e senadores, composta por representantes conservadores religiosos, os quais realizam propostas que vão de encontro com laicidade da Constituição Nacional, embora tenha apelo popular para uma determinada parcela da sociedade.

É diante deste cenário que psicólogos e estudantes de psicologia são chamados a se posicionar, sendo, portanto, necessário um aparato acadêmico que problematize tais questões, relacionando-as com as diretrizes do Conselho de Ética de Psicologia, da Constituição Federal, bem como de Direitos Humanos, contribuindo de forma teórica e prática à formação de psicologia.

OBJETIVO

Para tal problematização, questionou-se: afinal, o que é cura gay? o que é ideologia de gênero? Qual o papel da psicologia neste debate? Queremos que a Psicologia esteja a serviço do quê e de quem?

METODOLOGIA:

Com fim de discorrer sobre tais perguntas, inicialmente será apresentada breves considerações sobre sexualidade e direitos humanos, em seguida, irá se problematizar o conceito de ideologia de gênero e suas implicações no cenário brasileiro, posteriormente será apresentada a posição do Conselho de Psicologia em relação a cura gay, para, por fim, refletir sobre a Psicologia enquanto ciência e profissão e seu papel no debate de gênero.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Sexualidade e Direitos Humanos

É sabido que há uma gama de abordagens que discorrem sobre a temática da sexualidade, seja ela jurídica, religiosa, ou de áreas do saber, como a psicologia, psicanálise, medicina e ética. Neste tópico, entretanto, será abordado sobre a concepção de direito democrático à sexualidade e, para tal, faz-se necessário uma breve explanação sobre a noção de normal e patológico quanto à sexualidade sob a ótica de Michael Foucault.

Ao longo da história, é notória a existência de sexualidades – seja pela identidade e sua expressão, seja por suas práticas e orientação sexual – as quais serão expurgadas ou identificadas como um desvio à norma, uma patologia, uma perversão. Foucault, em seu estudo sobre a sexualidade, mostra o quanto a partir de XIX, houve uma incitação de discursos que fazem com que o sexo passe a ter uma importância excessiva e se tornasse um lugar de conhecimento e poder, no qual ciências como a medicina, a psicologia, bem como as leis e políticas do estado, passaram a uma análise minuciosa e exaustiva de seu papel, criando-se uma ciência do sexo.

Para o autor, o controle e a disciplina passam a estar associados à gestão dos corpos, em que organizar e gerir a vida são aspectos fundamentais, e a função biológica, leia-se o sexo, se torna um elemento ímpar para mecanismos de poder. Desta forma, a sexualidade infantil e o corpo da mulher passam ser vigiados por diversas instâncias, além de se iniciar um processo de psiquiatrização do prazer considerado perverso, isto é, àquele que fugia as normas sociais da reprodução. Masturbação, sodomia, entre outras práticas passam a ser categorizadas como desviantes e improdutivas, surgindo um modelo de sexualidade patológica, dentre elas, surge à criação do conceito de homossexualismo como uma categoria científica.

É importante ressaltar que os padrões de masculinidade e feminilidade, associados a biologia, também são uma construção social e política que nascem no século XVIII e se edificam no século XIX. Características como docilidade, fragilidade, passividade e cuidado foram associadas ao sexo feminino, relegando com que as mulheres ficassem restritas ao espaço privado, ao passo que virilidade, objetividade, inteligência e espaço social foram destinadas ao sexo masculino, utilizando-se do determinismo biológico para manutenção do poder político e social aos moldes patriarcais (Laqueur, 1999).

O advento da pílula anticoncepcional e a organização dos movimentos sociais trouxeram um grande avanço para mulheres cis e homossexuais. Apesar da estigmatização decorrente da concepção de grupo de risco na epidemia da aids, que disseminou a ideia de "peste gay" e de sexo transgressor, fora do casamento, como um sexo nocivo associado às mulheres perigosas (as prostitutas), o que se observa é maior organização social a fim de lutar contra preconceitos e pelas conquistas de direitos (Áran, 2001).

No Brasil, o movimento de Reforma Sanitária, Luta Antimanicomial e Diretas já, foram essenciais para o estabelecimento de um sistema democrático. A Constituição do Brasil, promulgada em 1988 e chamada de "Constituição Cidadã", tem suas diretrizes fundamentadas nos tratados e documentos internacionais que preconizam e defendem os Direitos Humanos. Neste documento, já se encontra no primeiro artigo o fundamento da República Federativa: "a dignidade da pessoa humana". Há o destaque para o Art.5, que legisla sobre os Direitos Fundamentais, que afirma a igualdade de todos perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, e que, além de ser livre a manifestação de pensamento, ninguém poderá ser submetido à tortura, nem a tratamento desumano ou degradante.

Cabe ressaltar que democracia e cidadania, além de pautas comuns aos movimentos sociais contemporâneos, não são restritas ao status jurídico, mas a compreensão de que estão diretamente relacionadas a inclusão social, econômica, política e cultural (Rios, 2006).

A psiquiatrização/patologização ultrapassaram o século XIX e, embora tenham ocorrido inúmeras mudanças, verifica-se a permanência de diagnósticos de desvios relacionados a sexualidade, especialmente àqueles que desviam da norma esperada. Judith Butler, filósofa americana, influenciada por autores como Foucault, problematiza ao que chama de coerência entre sexo anatômico, desejo sexual e identidade de gênero, que – segundo ela – é inscrito compulsoriamente e constantemente nos corpos, anterior mesmo ao nascimento. Para a autora, tudo que se afasta da coerência é afastado e tido como abjeto, ficando além de direitos e sofrendo preconceitos.

Se somente em 1992 a homossexualidade deixou de ser considerada como transtorno pelos manuais psiquiátricos, atualmente há um intenso debate sobre a identidade das pessoas trans, ainda classificadas como com disforia de gênero ou

transtorno de personalidade. Tais classificações, vistas como práticas discursivas, são dispositivos que se somam a uma rede capilar, cujo resultado ainda é observado hoje na violência, seja homofobica ou transfobica, geram, além de sofrimento psíquico, a materialidade da violência.

Diante das constantes violações à diversos grupos sociais, em 2006, na Indonésia, 29 especialistas se reuniram para pensar em uma declaração que trata, de forma internacional, as diretrizes dos Direitos Humanos em relação à orientação sexual e identidade de gênero. Apesar de não serem princípios novos, eles buscam enfatizar e evidenciar àqueles já con na Declaração Universal de Direitos Humanos, porém demarcando aspectos relacionados à sexualidade e gênero, dentre eles: 1) Direito à igualdade, que rechaça formas de exclusão, distinção, restrição ou preferência baseados nas questões de gênero; 2) Direito à liberdade de Opinião e Expressão; 3) Direito de constituir família.

Quando se aborda a sexualidade como um direito democrático, tenta-se ampliar que todo/a e qualquer cidadão/ã poderiam vivenciar relações amorosas e identitárias, sem exclusões de espaços sociais, políticos e profissionais, com direito de expressão e com a possibilidade de formar uma instituição familiar. Defende-se a noção de que o direito à sexualidade é tão importante quanto o direito à vida, sendo fundamental para garantia da qualidade de vida e de uma sociedade mais justa.

Entretanto, o cenário brasileiro evidencia uma realidade controversa aos postulados legais preconizados pela constituição: segundo a Transgender Europe, uma organização não governamental, entre 2008 e 2014, o Brasil liderou o número de assassinatos, com mais de 600 mortos; já segundo Grupo Gay da Bahia (GGB), um homossexual morre a cada 25 horas no Brasil, sendo o Nordeste a liderança nestes assassinatos. Estes dados só evidenciam a necessidade do debate e de ações que pensem em políticas públicas que envolvam raça, classe, gênero e sexualidade. Além disso, muito se debate sobre as notificações de violência de gênero, posto que, além de pouco noticiadas pela mídia, a motivação do crime, muitas vezes, é ocultada, o que repercute diretamente no pouco investimento de políticas públicas e na pouca visibilidade para tais realidades.

É neste sentido que os debates internacionais primam pela efetuação e garantia dos Direitos Humanos e têm se debruçado sobre violências e opressões em torno de sexo, sexualidade e gênero. Órgãos como a Organização das Nações Unidas

(ONU) e a Organização dos Estados Americanos (OEA) destacam a importância do combate à violência e discriminação quanto à orientação sexual e identidade de gênero, inclusive em práticas educativas (ONU, 2008; OEA, 2008).

No Brasil, pode-se observar que tais preconizações são pautas que envolvem o Plano da Educação. As Diretrizes Nacionais para a Educação em Direitos Humanos, homologada em 2012, afirma que independente de sexo, orientação sexual e identidade de gênero, todas as pessoas devem usufruir uma educação não discriminatória e democrática. Considerando obrigatória uma Educação pautada nos Direitos Humanos, o projeto político-pedagógico do ensino médio precisaria conter temas relativos a gênero, identidade de gênero, raça, etc, orientação sexual, pessoas com deficiência, entre outros. Estas diretrizes também coadunariam com o Estatuto da Juventude, que afirma o dever de garantia do poder público ao Direito à Diversidade e à Igualdade.

O Plano Nacional de Educação que determina diretrizes, metas e estratégias para a política educacional a cada dez anos, em 2014 não foi bem recebido por uma parcela da população. Liberado por políticos fundamentalistas religiosos, surgiu um movimento contra a inclusão do que eles nomearam “ideologia de gênero”, o qual vetou que temas importantes em relação ao respeito à diversidade e não patologização da homo e transexualidade fosse vetados dos currículos acadêmicos.

Afinal, o que é ideologia de gênero?

Não há um significado para abordar o conceito de ideologia. De acordo com Abbagnano (2003), ideologia é uma doutrina destituída de verdade objetiva, pois é mantida por interesses específicos, evidentes ou ocultos, daqueles que a utilizam. Já Marilene Chauí (2016), a noção de ideologia pode ser pensada como um *corpus* de representações e normas que irão fixar e prescrever o que e como se deve pensar, agir e sentir, produzindo uma universalidade imaginária. Seu objetivo estaria em impor interesses particulares de uma classe dominante e sua eficácia dependeria da capacidade de produzir um imaginário coletivo que permita com os indivíduos possam se localizar, se identificar, se autoreconhecer, legitimar espaços e a divisão social. Ao mesmo tempo, para a autora, ela seria uma lógica dissimulada e de ocultação, pois negaria a existência de privilégios, isto é, da existência de classes contraditórias, como da gênese da divisão social.

Portanto, de acordo com Chauí, tal termo comumente é utilizado como um ideário, ou seja, um acúmulo de ideias compartilhado socialmente, porém não um ideário qualquer, mas um produto político e social, circunscrito historicamente, e que teria como fim manter desigualdade exploração, ocultando um debate crítico acerca de uma realidade assimétrica, portanto, fruto de uma alienação. Porém, abre um parêntese, não representaria o poder absoluto, podendo ser quebrado diante de uma organização social, e não à toa, o policiamento existente diante de demandas sociais.

Segundo com Weeks (1993) os setores conservadores têm conhecimento do caráter político contido nas relações de gênero e sexuais, não sendo à toa o cenário de disputa pelo conteúdo e condução da educação sexual nas escolas. As políticas curriculares se tornam um meio de regulação e controle para manutenção de crianças e jovens em um modelo normativo, tido como padrão, no qual, muitas vezes, sexo é relacionado a perigo e não a oportunidade. Por outro lado, conforme Louro (200), há grupos – feministas, por exemplo – que propõem intervir na formulação das políticas curriculares, buscando problematizar os conceitos universais do determinismo biológico e refletir sobre cultura, relações de poder e protagonismo.

O termo ‘Ideologia de gênero” foi criado por Joseph Ratizinger em 1997, que ao tornar-se Papa Bento XVI passou contra o feminismo e ideologia de gênero, considerando ataques a vontade de Deus, pois tais propostas tenderiam a anular a diferença natural chamada sexo, insiste na importância da diferença sexual e afirma que homem e mulher estão convocados a viverem próximos, completando-se nas suas diferenças. Segundo o documento:

> Esta antropologia que pretendia dar igualdade à mulher, liberando-a de todo determinismo biológico, inspirou ideologias que põem em interdição a família natural composta por um pai e uma mãe, comparam a homossexualidade à heterossexualidade e defendem um novo modelo de sexualidade polimorfa (RATIZINGER, 2015 APUD LIMA, 2015).

Posteriormente, o argentino Jorge Scala publica o livro “La ideologia de genéro”, traduzido para o português. O autor afirma que tal ideologia ao negar a importância da biologia permitiria que os sujeitos vivessem da forma que quisessem, mesmo que mundana. Isto ocasionaria, então, a quebra da família tradicional, o direito

ao aborto, entre outros aspectos considerados por ele como negativos que fariam uma lavagem cerebral global.

O termo “Ideologia de gênero” tem repercutido sobre os atuais Planos de Educação, desdobrando-se também em debates calóricos nas redes sociais e na comunidade. Atualmente, assiste- se dois grupos que aparentam propostas antagônicas: um conservador, que combate a ideia de ações, estudos e problematizações da temática “gênero” com crianças e adolescentes, afirmando que a imaturidade infantil, devido a fase do desenvolvimento, seria terreno fértil para o incentivo da homossexualidade, pois as crianças seriam influenciáveis e isto ocasionaria não apenas a prejuízos e desvio das suas sexualidades, como seria um ataque ao modelo tradicional de família (aquela composta por mãe, pai e filhos), outra corrente de pensamento, defende a ideia da educação para todas e todos como uma diretriz dos direitos humanos, visando combater toda forma de discriminação e romper com rótulos estigmatizantes que contribuem para uma sociedade assimétrica e segregadora. Esta última vertente reconhece os impactos que assolam homens, mulheres, homossexuais e as pessoas trans, e defende que, por meio da politização e pensamento crítico, poder-se-ia melhorar índices estatísticos de violência e sofrimento psíquico.

De acordo com Reis e Egget (2017, p.20), apoiada em discurso fundamentalista conservador religioso, a falsa disseminação da “ideologia de gênero” como uma doutrina que seria imposta nas escolas contra valores morais e da família, tem causado “pânico, retrocesso e demonização do inimigo”, em contraponto ao seu objetivo que seria promover uma superação de desigualdades, e que são frutos de debates democráticos que se consolidaram ao longo de debates, acordos e políticas públicas.

A Base Nacional Comum Curricular (BNCC), que será aprovada em novembro de 2017, novamente está sofrendo resistências. Conforme definido na Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB, Lei nº 9.394/1996), a Base tem o intuito de nortear os currículos educacionais e as propostas pedagógicas das escolas públicas e privadas de Educação Infantil e Ensino Médio no Brasil. Verifica-se que no subtópico de arte, propõe-se refletir sobre as experiências teatrais desenvolvidas em aula, de modo a problematizar as questões de gênero, corpo e sexualidade, alegando também a possibilidade de extensão do conteúdo para os materiais didáticos. Este

fato mobilizou uma petição pela exclusão da “Ideologia de gênero”, com os argumentos de incentivo a pornografia e de constrangimento devido conteúdos inadequados à idade.

Em suma, associada a libertinagem, indução a homossexualidade e confusão dos papéis sociais, muitos brasileiros acreditam estarem em frente de uma grande ameaça, que destrói princípios religiosos e científicos. Afinal, estes ensinamentos “subversivos” também teriam consequências sociais: mulheres ocupando lugares de homens, homens afeminados, casais não-reprodutivos e um sexo profano, fora da lógica binária pênis-vagina, desafiando a natureza e a biologia dos corpos ditos normais.

Porém, a própria argumento dos contra a “Ideologia de gênero” parece ser conflituoso em si: se heterossexualidade é dada, é a norma, meninos são naturalmente fortes, viris, gostam de azul, de guerra, luta e carrinhos, ao passo que meninas são em sua essência frágeis, dóceis, cuidadoras, gostam do rosa, princesas, de dança, bonecas e objetos delicados, e se os homossexuais são aqueles que fogem ao normal, o medo em falar sobre diversidade sexual não denunciaria uma heterossexualidade frágil? A heteronormatividade, levando em consideração o conceito de Chauí, não seria uma forma de ideologia?

O Conselho de Psicologia e a o debate sobre a cura gay

Em 22 de março de 1999, o código de ética de Psicologia se posicionou em relação o papel da psicologia diante da homossexualidade, elegendo três pontos centrais: 1) A homossexualidade não é doença; 2) Na sociedade há uma constante inquietação sobre práticas sexuais que desviam do padrão considerado “normal” em determinado momento sociohistórico e 3) A psicologia pode e deve contribuir com conhecimento para esclarecimento sobre as questões de sexualidade, permitindo a superação de discriminações e preconceitos.

Desta forma, o psicólogo deveria atuar de acordo com os princípios éticos da profissão, primando pelo bem-estar dos sujeitos, longe de qualquer forma de discriminação. Sua atuação, portanto, deveria estar na reflexão sobre preconceito, na luta pelo fim do preconceito, devendo evitar todo e qualquer comportamento que favoreça a patologização de comportamentos, práticas ou ações coercitivas de orientar homossexuais para tratamentos não solicitados. Além disto, o/a profissional

de psicologia fica vetado de dar pronunciamentos públicos que reforcem o preconceito de que a homossexualidade está relacionada a uma desordem psíquica, isto é, uma doença. Estas normas serviam para direcionar o atendimento clínico em psicologia, uma vez que pesquisas acadêmicas são submetidas a comitês de ética de acordo com os órgãos as quais estão vinculadas.

Compreendida pelo juiz Waldemar Cláudio de Carvalho como um impedimento de pesquisas e uma proibição de atendimentos clínicos, uma liminar que deliberava que o Conselho Federal de Psicologia não podia impedir estudos científicos e tratamentos sobre reorientação sexual foi lançada em 2017, afirmando a existência de censura na atuação do psicólogo em relação a questão da homossexualidade.

Com o apoio dos movimentos sociais e da Organização de Advogados do Brasil (OAB), o Conselho de Psicologia recorreu a liminar, apresentando argumentos jurídicos, técnicos e científicos a fim de manter sua posição ética na luta de garantia pelos Direitos Humanos. Dentre seus argumentos, foi apresentado o consenso internacional, preconizado pela Organização Mundial de Sáude (OMS), que a homossexualidade não pode ser considerada como uma patologia, isto é, não é um desvio do saudável, portanto não teria um tratamento de reversão.

Por não ter uma causalidade orgânica que a determine como uma disfunção biológica, que pode ser localizada e tratada, ou características genéticas que determinem seu desenvolvimento, as terapias de reversão sexual estariam assoladas em uma diretriz pautada unicamente na moralidade de um determinado contexto sociohistórico. Portanto, o tratamento estaria voltado a uma higienização e adaptação de normas sociais e não preocupado com a ética do desejo e com a subjetividade humana.

Foi nesta linha argumentativa que o Conselho Federal de Psicologia (2017) defendeu seu posicionamento teórico e ético, respaldando-se em um acervo de estudos nacionais e internacionais que apontam a ineficácia do tratamento, bem como seus efeitos negativos, que causam agravos sequelas e sofrimento psíquico as pessoas homossexuais.

Além disto, afirmou o CFP, a Resolução 01/99 auxiliou no processo de enfrentamento de discriminação e preconceito à população LGBTI, posto que a realidade brasileira possui altos índices de violência de todas as esferas – sejam elas de pouco acesso a determinados espaços, como assassinatos.

Outro fator questionável foi quanto a prerrogativa do não atendimento à população LGBTI no espaço clínico, fato considerado equivocado pelo Conselho, uma vez que nunca se impediu o atendimento clínico a qualquer cidadão, independentemente de sua orientação e/ou identidade sexual. Porém há uma diferença entre atender um sujeito com sofrimento psíquico diante de qualquer questão que envolva sua sexualidade – entre elas, a questão da identidade e/ou da orientação – e possibilitar um espaço de acolhimento e análise de suas individualidades, e em propor uma cura para algo que seria tido como um pressuposto de algo errado, que necessita de cura.

O código de ética de psicologia pressupõe que os profissionais devem auxiliar toda e qualquer pessoa que apresente conflito e sofrimento psíquico. Caso a motivação seja o sofrimento pela identidade de gênero ou orientação sexual isto não se torna um empecilho para o atendimento, contudo o atendimento, como para todo e qualquer sujeito, correrá no sentido de olhar a singularidade e história de vida, fazendo com que este reflita sobre seus aspectos pessoais e também sobre quais motivações e determinantes incidem sobre seu sofrimento, possibilitando reflexão para sua autonomia.

Em outras palavras, o psicólogo não deve levar juízos de valores pessoais para clínica; dentro do possível, deve se afastar de suas crenças espirituais e morais particulares e suspender a escuta para garantir um acolhimento genuíno implicado nos conflitos individuais do paciente, como também não deve inferir nas decisões e escolhas pessoais de vida do sujeito, uma vez que somente este é responsável por sua trajetória, sendo o profissional em psicologia aquele que irá ocupar uma função peculiar de manejo terapêutico, que permite um espaço único de ressignificação e encontro com sentimentos, pensamentos e ações conflitivas . O psicólogo, portanto, pode propiciar um momento de acolhimento e análise pessoal para que o próprio sujeito ressignifique suas vivências e se torne protagonista de seus desejos e de suas relações.

Não à toa é recomendável que os psicólogos em atendimento clínico possam contar com auxílio de um supervisor e que façam sua terapia pessoal, uma vez que na condição de seres humanos são atravessados por suas questões subjetivas e ideológicas. Além disto, diante de situações em que o profissional perceba sua dificuldade e/ou limitação em garantir escuta e se sinta afetado diante de um caso

e/ou situação, é recomendável que este encaminhe a outro profissional, garantindo, desta forma, a ética clínica.

É preciso também ressaltar que há uma diretriz ética que embasa a resolução 01/99, que considera existir outras formas de orientação e identidade sexual que ultrapassam a norma heterossexual, sem com isso segregar, culpabilizar, criminalizar e/ou patologizar, uma vez que toma a singularidade como ponto de partida e que não exclui a cidadania e direito à liberdade dos cidadãos/ãs.

Em contrapartida, defender práticas relacionadas à reorientação sexual podem se tornar facilmente um instrumento de controle ideológico que acaba por reafirmar práticas de discriminação, pois determinam que qualquer padrão que se afaste da norma heterossexual pode ser questionado ou afastado, podendo reforçar exclusão social em espaços públicos, sejam eles profissionais, políticos e/ou sociais.

Em relação as pessoas trans, Berenice Bento (2006) reitera a existência de um movimento pautado na moralidade para classificar pessoas com transtorno de identidade, posto que não existe sequer um argumento científico biológico que confirme a existência de alguma “anomalia”, alteração genética ou fisiológica. Esta autora, comentando a filósofa Judith Butler, aponta a existência de uma matriz heterossexual que garante a divisão social e os espaços a serem circulados pelas pessoas tidas como “normais”, os homens e mulheres. Uma série de prática discursiva que tem seus efeitos passando pelas cores de enxoval de bebês ao modo de se vestir e de determinar a essência do que se deve ser e como se deve se comportar, se relacionar, se identificar, naturalizam corpos generificados, pois são tidas como algo intrínseco dos sujeitos.

Tais cristalizações causariam sofrimento psíquico àqueles que não se enquadram nesta lógica binária e causam alguma forma de deslocamento, ocupando a posição de abjeção, justamente por denunciar o caráter instável da coerência entre corpo biológico, identidade de gênero e desejo sexual. Tais pessoas, afetadas pela moralidade heterossexual normativa, teriam menor acesso à saúde, profissões, espaços, bem como seriam as principais vítimas de preconceito. Não à toa, o Conselho Federal de Psicologia aderiu ao movimento de Despatologização de gênero, que visa garantir o acesso ao nome social, a não obrigatoriedade da terapia compulsória pelo mínimo de dois anos e a retirada dos Manuais de Psiquiatria, os quais são caracterizados como “transtorno” ou “disforia” de gênero. Além disto, tem-

se problematizado sobre as categorias identitárias e uma certa obrigatoriedade de adequação corporal e/ou cirúrgica diante de uma imposição cultural de adaptação: seria possível que algumas/alguns queiram utilizar seu corpo fora da lógica binária? Se sim, isto precisa ser lido por meio de um diagnóstico patologizante?

Psicologia para quê e para quem?

Enfim, chegamos as considerações finais com o intuito de responder os seguintes questionamentos: a psicologia que queremos é para quê e para quem? Para buscar responder estas perguntas, se faz importante pensar na psicologia como ciência e profissão. De acordo com Bock (2004), a própria trajetória histórica da psicologia já nos traz subsídios importantes para refletir sobre alguns cenários que reverberam na atualidade.

Segundo a autora, a ciência psicológica surgiu para atender interesses políticos da elite brasileira no seu projeto de industrialização e urbanização. Tal fato, fez com que a psicologia construísse práticas segregadoras – como o consultório clínico, geralmente, voltado à classe média e alta –, ahistóricas e apolíticas, comumente desatreladas de compromissos com a responsabilidade social, isto é, pouco comprometidas com transformações das condições de vidas das populações, marcadas por desigualdades.

Devido o caráter universal dado aos fenômenos psicológicos nas abordagens, questões históricas e sociais foram ignoradas, e importantes análises como classe, gênero e raça passaram a ter pouca ou nenhuma visibilidade nestas áreas. Contudo, atualmente a psicologia tem sido convocada a pensar em sua teoria e prática, e a atuação tradicional tem sido questionada em relação a área hospitalar, jurídica, escolar e social. Não apenas a transposição do consultório clínico para os demais espaços, mas a escassez de pesquisas científicas e a formação curricular têm sido pontos de estrangulamento, e, cada vez mais, é fortalecido o debate da importância da psicologia poder ofertar, de acordo com a necessidade da população, um trabalho mais próximo das demandas reais e sociais.

De acordo com Louro (2001), as minorias sexuais estão mais visíveis, fato que torna mais explícitos e acirradas as lutas com os grupos conservadores, no entanto, minorias não significa uma inferioridade numérica, mas maiorias silenciadas, que tem seus direitos básicos afetados. A autora também afirma, em outro trabalho (2003), a

inexistência de neutralidade na ciência, afirmando que é preciso analisar os aspectos e interesses políticos no entorno das profissões e publicações acadêmicas.

Portanto, problematizar, desconstruir a psicologia tradicional, como ciência e profissão, é mais do que necessário, além disto, refletir em qual diretriz queremos nos amparar? Seria um projeto baseado na moralidade, mas que exclui cidadãos por torná-los sujeitos patológicos- mesmo sem nenhum respaldo médico que garanta a existência de uma patologia? Ou seria apoiada na Constituição brasileira, que apresenta um projeto de lei os quais todas e todos devem ser tratados com dignidade e ter direito a liberdade? Seremos aqueles que acolhem o sofrimento ou aqueles que contribuem para exclusão? A psicologia estaria ao serviço de grupos de classes dominantes, sejam elas baseadas em fundamentalismos religiosos e/ou com interesses econômicos e/ou políticos ou a favor do sujeito, enquanto pessoa – independente de raça, gênero, classe, geração e/ou credo?

Apesar das abordagens psicológicas, a questão sobre a ética da psicologia precisa ser sempre reiterada e comum aos psicólogos: uma terapêutica voltada para garantir a singularidade, primando pelo respeito à subjetividade e a garantia dos direitos humanos.

REFERÊNCIAS

BENTO, B. *A reinvenção do corpo*. Sexualidade na experiência transexual. Rio de Janeiro: Garamond, 2006.

Brasil (2008a). *Constituição da República Federativa do Brasil:* texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações adotadas pelas Emendas Constitucionais nºs 1/92 a 56/2007 e pelas Emendas Constitucionais de Revisão nºs 1 a 6/94. Brasília: Senado Federal, Subsecretaria de Edições Técnicas.

Brasil (2012a, 30 maio). Conselho Nacional de Educação. *Parecer nº 8, de 6 de março de 2012*. Aprova as Diretrizes Nacionais para a Educação em Direitos Humanos. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF. Recuperado em 20 de outubro de 2017, de http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=10389-pcp008 -12-pdf&category_slug=marco-2012-pdf&Itemid=30192>.

Brasil (2012b, 16 out.). Câmara dos Deputados. Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania. *Redação Final. Projeto de Lei nº 8.083-B de 2010*. Aprova o Plano Nacional de Educação - PNE e dá outras providências. Brasília, DF. Recuperado em 20 de outubro de 2017.

Butler, J. (1990/2008). *Problemas de Gênero*: feminismo e subversão da identidade. 2 ed. Rio de Janeiro.

CHAUI, Marilena de Souza. Ideologia e educação. Educ. Pesqui., São Paulo , v. 42, n. 1, p. 245-258, mar. 2016 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-97022016000100245&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 08 abr. 2018. http://dx.doi.org/10.1590/S1517-97022016420100400.

BRASIL, (2005,agosto). *Código de ética.* Brasília, DF: Conselho Federal de Psicologia. XVIII Plenário de Psicologia.

LIMA, L. (2015). Estudos de gênero versus ideologia: desafios da teologia. *Mandrágora*, *21*(2), 89-112.
OEA – Organização dos Estados Americanos. (1994). *Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher (Convenção de Belém do Pará).* Recuperado em 20 de novembro de 2017, de http://www.cidh.org/Basicos/Portugues/m.Belem.do.Para.htm.

ONU – Organização das Nações Unidas. *Declaração Universal dos Direitos Humanos*. 1948. Recuperado em 20 de novembro de 2017, de http://unesdoc.unesco.org/images/0013/001394/139423por.pdf.

Reis, T. & Eggert, E. (2017, jan./mar.). Ideologia de gênero: uma falácia construída sobre os planos de educação brasileiro. *Educ. Soc.*, Campinas, *38*(138), 9-26.

RIOS, Roger Raupp. Para um direito democrático da sexualidade. Horiz. antropol., Porto Alegre , v. 12, n. 26, p. 71-100, Dec. 2006 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-71832006000200004&lng=en&nrm=iso>. access on 06 Apr. 2018. http://dx.doi.org/10.1590/S0104-71832006000200004.

Scala, J. (2011). Ideologia de gênero: o neototalitarismo e a morte da família. São Paulo: Katechesis. Transgender Europe. 2015. Recuperado em 25 de novembro de 2017, de http://tgeu.org/tmm-idahotupdate-2015.

III CONGRESSO DE PSICOLOGIA: as diversas faces do cuidar.
De 26 a 28 de abril de 2018. Belém – PA/
HANGAR – Centro de Convenções da Amazônia
Volume 03 – ISSN: 2526-527X
CADERNO DE TRABALHOS COMPLETOS
http://revistas.unama.br/index.php/anaispsicologia/index

RODA DE CONVERSA NAS RUAS COMO ESTRATÉGIA DE REFLEXÃO SOBRE O CUIDADO COM A PRÓPRIA SAÚDE

Bitar, Luisa
luisabitar07@gmail.com
Leão, Lucas
Bentes, Lívia
Ponciano, Altiere

INTRODUÇÃO

A Roda de Conversa é uma modalidade de metodologia participativa, onde é estimulado a contribuição e o diálogo entre os participantes, incentivado mediante a adoção de uma postura de escuta e circulação de discursos, tal como o uso de dinâmicas de grupo conduzidas por um (a) facilitador (a) (Tavares, 2015). Nesta técnica o conhecimento é gerado pelo grupo, utilizando métodos adequados a sua compreensão, se constituindo assim, enquanto uma ferramenta para facilitar a expressão entre os participantes, e como um espaço onde as pessoas podem escutar a si mesmas e aos outros. Em relação a isto, Sampaio et al. (2014) discorre sobre a Roda de Conversa ser um espaço que proporciona a construção de novas possibilidades, pois ampliam o pensar, num movimento continuo de perceber – refletir – agir – modificar, onde os participantes podem se reconhecer como condutores das suas ações.

> As rodas de conversas possibilitam encontros dialógicos, criando possibilidades de produção e ressignificação de sentido – saberes – sobre as experiências dos partícipes. Sua escolha se baseia na horizontalização das relações de poder. Os sujeitos que as compõem se implicam, dialeticamente, como atores históricos e sociais críticos e reflexivos diante da realidade. Dissolve-se a figura do mestre, como centro do processo, e emerge a fala como signo de valores, normas, cultura, práticas e discurso. A Rodas de Conversas, são mais do que disposição física (circular) dos participantes e bem mais que uma relação custo-benefício para o trabalho com grupos. Elas são uma postura ético-política em relação à produção do conhecimento e

> à transformação social, efetivando-se a partir das negociações entre sujeitos. (Sampaio et al., 2014, p. 1301).

Nos atendimentos realizados pelo projeto Psicologia nas Ruas, desenvolvido pela Fortiori Consultoria em Psicologia, busca-se técnicas que tragam mais autonomia a população, onde a escuta é disponibilizada para além do setting clássico.

O Projeto possui como ementa: aproximar a Psicologia da população, fazendo intervenções na rua esclarecendo pontos importantes sobre diversos temas relacionados à saúde mental e a qualidade de vida, integrar o ensino e a pesquisa às demandas da sociedade, seus interesses e necessidades, estabelecendo mecanismos que inter-relacionem o saber acadêmico e o saber popular. Tendo também, o caráter educativo, social, cultural, científico ou tecnológico, com objetivo específico e prazo determinado, podendo ser associado a um programa ou desenvolvido de forma isolada. E define-se enquanto um projeto de extensão com um processo educativo, cultural e científico que, articulado de forma indissociável ao ensino e à pesquisa, viabiliza a relação transformadora entre os sujeitos envolvidos.

Para alcançar os objetivos propostos, é primordial que a relação dos participantes com o facilitador seja de sujeito-sujeito, objetivando uma relação democrática, na qual, sobretudo, o grupo possa ter voz ativa, e a própria vivência dos sujeitos transpareça durante o processo. Sobre essa relação, Melló et al. (2007) entende a Roda de Conversa como um recurso que possibilita um maior intercâmbio de informações, possibilitando fluidez de discursos e de negociações diversas entre pesquisadores e participantes, sendo assim, uma opção a ser utilizada em ações realizadas nas ruas. Contudo, ao propor novas modalidades de cuidado, com caráter não normativo, diferente das formas tradicionais, surge algumas inquietações, como: Será a Roda de Conversa um bom instrumento de promoção de reflexão para a população sobre o cuidado com a saúde mental?

OBJETIVO

O objetivo deste trabalho é relatar a experiência de intervenção nas ruas com a técnica Roda de Conversa, assim como, verificar de que modo a Roda de Conversa pode se tornar um instrumento de reflexão sobre saúde mental.

METODOLOGIA

A atividade foi realizada durante uma intervenção do Projeto Psicologia nas Ruas, que possui como objetivo reduzir riscos e contribuir para que a Psicologia se aproxime mais da população, oferecendo escuta psicológica e promovendo debates de questões emergentes na comunidade, em conjunto a campanha “Janeiro Branco”, no dia 21 de janeiro em uma praça da cidade de Belém – Pa. A ação possuiu como intuito a promoção da saúde mental e a redução de riscos.

A técnica Roda de Conversa foi escolhida como forma de intervenção e de estratégia onde a própria população pudesse refletir sobre a temática “saúde mental”, partindo do princípio da metodologia participativa. Torna-se indispensável salientar a importância pela escolha metodológica, ao passo que se buscou uma técnica que trouxesse autonomia aos participantes, ou seja, autenticidade no tange à produção de um saber, foi procurado também uma atividade que pudesse gerar reflexões após seu encerramento, visto que, a ação foi focal e singular.

No dia da ação foi disponibilizado uma tenda e cadeiras, com a finalidade das rodas serem manejadas, viabilizando atender um grupo diverso: desde adolescentes até idosos. Para o desenvolvimento das rodas, a população foi informada por um grupo de voluntários responsáveis, que poderiam participar, caso houvesse o interesse. A partir disto, foi composto o primeiro grupo, formado por oito participantes (A1, A2, A3, A4, A5, A6, A7, A8), sendo dois homens e seis mulheres, todos acima de dezoito anos, no qual duas das mulheres tinham idade acima dos sessenta anos.

Quem ficou responsável pelo manejo desta roda, foram voluntários do Projeto Psicologia nas Ruas. Para facilitar a comunicação, a interação do grupo e gerar reflexão sobre cuidado com a própria saúde, foi feito o uso da Dinâmica do Espelho, a qual consistia em: sugerir aos participantes imaginar e falar um lugar onde gostariam de estar naquele momento. Após isso, foi informado que seria passado uma caixa entre eles. A pessoa com a caixa na mão deveria abri-la, sem dizer o que havia na caixa. Logo após, o participante devia passar a caixa para a pessoa ao lado, e ela repetia o procedimento. Depois disso, era perguntado se o lugar cogitado, por eles, estava dentro da caixa? Se não, o que estava?

Explicava-se também sobre a concepção da “pessoa ser o seu maior projeto”, pois apesar de imaginar estar em outro lugar, ela nunca deveria esquecer o momento presente e de olhar para si própria. Mediante a isto, era iniciado o debate onde o

próprio grupo poderia, em conjunto, produzir um sentido sobre a dinâmica e a temática saúde mental e cuidado, trazendo suas considerações, duvidas e reflexões.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A metodologia de Roda de Conversa contribuiu nas construções e reflexões dentro dos grupos, principalmente no que concerne a questão de saúde mental, pois promoveu uma circulação da palavra para além das relações hierárquicas, onde as pessoas puderam compartilhar experiências, anseios e dúvidas acerca da temática "saúde mental e cuidado com a própria saúde".

Uma das participantes, A1, apresentou em sua fala a importância da saúde mental, já que, em sua família havia casos de tratamentos com eletrochoques e internações em manicômios, e dúvidas sobre como é feito o tratamento atualmente, sendo esclarecido pela facilitadora sobre o tratamento humanizado e o respeito a subjetividade dos sujeitos. Neste caso, a Roda de Conversa também demonstra ser interessante no quesito educação e no informar sobre o fazer da Psicologia, superando então mitos e tabus. Sampaio et al. (2014) falam que não restam dúvidas de que a roda é uma das formas de fazer educação, e, portanto, uma ferramenta para novos caminhos diante de um projeto de sociedade sustentável, rumo ao exercício da cidadania. Gomes et al. (2008) corroboram com esta ideia, quando pontua que a roda de conversa é uma estratégia educativa e comunicativa cuja função é a satisfação das necessidades básicas de aprendizagem, permitindo a livre expressão de dúvidas, vivências e acontecimentos de vida.

Nas Rodas de Conversas, o papel das facilitadoras é o de conduzir o processo, de forma a participar do diálogo, que parte da vivência e dos saberes de cada um, promovendo a problematização, em busca de informação para a reflexão e o discernimento informado para a ação. (Gomes et al., 2008). Por isso, ao ser facilitador é importante adotar uma postura neutra, possibilitando a participação de todos, incentivando a interação do grupo, facilitando o compartilhamento de saberes e práticas e criando um espaço de confiabilidade.

Para que as rodas possibilitassem a construção de espaços não normativos e moralistas, foi necessário que as facilitadoras se aproximassem dos participantes como pessoas e não como objetos de uma intervenção, e sim como sujeitos de fala.

Portanto todas as dúvidas relacionadas as práticas psicológicas atuais em oposição as realizadas anteriormente fossem sanadas, com linguagem clara e acessível.

A Roda de Conversa foi caracterizada pela colaboração de todos os seus integrantes, tanto facilitadoras, quanto participantes, onde destaca-se que, durante o processo em que a metodologia foi realizada as facilitadoras se pautaram em uma sólida concepção de ética e de respeito aos direitos individuais dos participantes. Por isto, procuraram estimular: a "reflexão", o pensar ativamente sobre os temas trazidos por eles, a compreensão de diferentes pontos de vista sobre os temas, desenvolvimento de capacidades de interação dentro do grupo, cooperação entre os componentes, o sentimento de segurança e a abertura para livre expressão das opiniões entre os sujeitos; se mostrando disponíveis para mediar possíveis conflitos.

Dentre as dificuldades na realização da roda, uma que precisou ser enfrentada foi a articulação do espaço onde as rodas foram realizadas, a Praça, onde a privacidade e acústica ficaram de certa forma comprometidas. Contudo, apesar do barulho, das pessoas caminhando em volta e fazendo outras atividades, foi possível ultrapassar a barreira "rua" ou local público, ao estimular o diálogo e favorecer a criação de vínculos, mesmo que breve, e sentimentos de segurança e confiabilidade dentro do tempo de roda.

A partir da construção de discursos, no tempo da roda, outros assuntos foram surgindo. Sampaio et al. (2014) exemplifica que a roda de conversa, é complexa, e dá liga a questões aparentemente separadas dos participantes, afim de que partes e todo sejam captados como facetas de um mesmo objeto, podendo favorecer que a realidade seja (re) construída. Os autores exemplificam que ao privilegiar a fala crítica e a escuta sensível, de forma lúdica, não usando nem a escrita, nem a leitura da palavra, é possível chegar ao que ele chama de: "leitur-ação das imagens", ou seja, uma compreensão melhor dos modos de vida cotidianos dos sujeitos presentes.

Por conta da dinâmica na roda, na qual, a fala livre era incentivada, surgiram novas falas dos participantes sobre suas vidas cotidianas, onde um tópico emergiu pela maioria, "o sair de casa", a superação ao conseguir sair de casa para realizar suas atividades diárias. Pode-se observar essa questão nos seguintes relatos:

[...] antes de vir para cá, eu estava com muito medo de sair, sair de casa, antigamente eu tinha crise de ansiedade e não conseguia. Está aqui hoje com vocês é uma vitória. (A2)

[...] hoje em dia sair de casa é uma batalha. O mundo está muito violento, ficar em casa não é loucura, é ser realista. (A3)

A4 ao ouvir os outros participantes expressou:

[...] eu só gostaria de estar na minha casa agora, lá eu me sinto segura. (A4)

Por meio da Roda de Conversa os integrantes do grupo com ajuda das facilitadoras começaram a debater o quanto se sentiam fragilizados e impotentes frente aos medos que permeiam o sair de casa, o futuro, o não cumprimento das obrigações diárias e a morte. Em relação a estes assuntos, é interessante visualiza-los em uma perspectiva social que permeia a contemporaneidade e a sociedade atualmente. Sobre o conhecimento, ou seja, ato ou efeito de conhecer, perceber ou compreender uma experiência, Méllo et al. (2007) ressalta que há uma historicidade na construção do conhecimento, considerando que estes são configurados a partir da história da sua produção, nas tradições, nos modos de vida da sociedade e, portanto, não podem ser considerados naturais. Isto quer dizer que o olhar dos integrantes do grupo sobre os fenômenos morte, ansiedade e obrigações está diretamente relacionado a época vivida.

> Considera-se a linguagem como ação ou como prática, que se estabelece como condição de possibilidade para a configuração de “realidades”, constituídas por um “conjunto híbrido de humanos e não-humanos” (Melló et al., 2007, apud, Latour, 1994), onde se encontram hábitos, técnicas, arquiteturas, normas, governos, estéticas, materialidades etc. De tal modo que, sob essa perspectiva, a linguagem não é mais vista como uma barreira entre as pessoas e o mundo, mas uma fronteira de articulação (que não une e nem separa, mas que constitui). (Melló et al., 2007, p. 28).

A partir da conversa, conteúdos como o do participante A7 começaram a emergir:

[...] trabalho em um hospital, tenho medo da morte e medo de sair de casa e reencontrar o meu ambiente de trabalho, onde o estresse é constante. Mas, eu saio, eu enfrento, sinto que eu preciso cuidar melhor de mim, eu faço o que eu gosto, e por

isso, não quero sentir medo de ir ajudar uma outra pessoa, sei que meu trabalho é importante, e eu só posso cuidar do outro se eu conseguir cuidar de mim. (A7)

A Roda de Conversa, ao evidenciar que as dificuldades enfrentadas pelos participantes não são experiências individuais, mas também são vivenciadas por outros, corroboraram com a partilha de experiências e o desenvolvimento de reflexões. Gomes et al. (2008) fala que a discussão dentro da roda exige cada sujeito veja o outro, o que ajuda a congregar e incorporar modos dinâmicos e críticos de reflexão. A roda é viva, e é estabelecida conforme o tempo histórico-social, isto é, entre as realidades objetiva e possível. Sua maior proposta é a reflexão crítica, rejeita comunicados e impulsiona o diálogo, assumindo os riscos, desafios e mudanças (Sampaio et al., 2014).

A partir disto, é possível pensar em mudanças de posições dos participantes, como a do final do tempo na roda, onde pessoas como A4, que antes havia se sentindo insegura em estar fora de casa, já expressava novos discursos, e sobre o quanto realmente precisava cuidar da sua saúde e aproveitar mais o momento que estava vivendo, comentando:

[...] estar aqui com vocês, respirar o ar da praça, prestar mais atenção nas pessoas e ao meu redor, talvez fosse isto que eu precisava. (A4)

CONCLUSÃO

A opção de utilizar as Rodas de Conversas no atendimento à população nas ruas sustentou-se na possibilidade de favorecer a fala, sobre assuntos relacionados a saúde mental, na qual questionamentos e reflexões poderiam emergir, o que favoreceu, na desconstrução de dúvidas e crenças sobre o trabalho da Psicologia, enquanto profissão e serviço, além de, oferecer um espaço de escuta, o que possibilitou repensar, de forma coletiva, a respeito da contemporaneidade, da violência, dos transtornos ansiosos e das fobias sociais.

Na contemporaneidade a psicologia tem apresentado novas modalidades de atuação, que proporciona a possibilidade de alcançar uma maior quantidade de pessoas. Para além do setting clássico, a postura ética, a escuta terapêutica e o respeito à subjetividade são acolhidos, o que permite uma maior visibilidade do sujeito, imerso em seu contexto social. Promovendo assim, uma acessibilidade ao serviço e de forma gratuita.

Em relação a utilização da técnica Roda de Conversas no espaço “rua”, o manejo em grupos neste tipo de ambiente, constituem uma modalidade de atendimento extramuros e diferem-se bastante do chamado modelo tradicional da clínica, pois a privacidade fica comprometida realmente, já que, a atividade foi realizada em uma praça da cidade, em local aberto e onde outras pessoas transitavam. Contudo, a escuta nas ruas continua sendo uma escuta clínica, e como um instrumento que considera a subjetividade, o sofrimento psíquico, o comportamento e propicia o encontro do sujeito consigo mesmo a partir da fala. Tornar-se importante destacar o vínculo criado dentro do grupo e confiabilidade das pessoas umas nas outras e nas facilitadoras, sem realmente se importar com o local e com o barulho, o que beneficiou na dinâmica da roda e o que propiciou com que a ação fosse realizada sem impasses.

Portanto, a parceria com a campanha “Janeiro Branco” se mostrou eficaz em sua proposta, que era levar a Psicologia para próximo da população, intervindo de forma lúdica e coerente com o público alvo, ao informar de forma educativa e clara a população sobre saúde mental, executar dinâmicas, realizar ações voltadas para o público infantil e oportunizar atividades como a “Roda de Conversa”, com intuito de prevenir e informar sobre a temática.

No fim, o projeto Psicologia nas Ruas demonstrou ser uma grande fonte de conhecimento e qualificação para os que estão dispostos a se dedicar verdadeiramente a ele. E a metodologia Roda de Conversa, uma opção coerente nas intervenções realizadas nas ruas, tanto para proporcionar o debate sobre saúde mental e cuidado com a própria saúde, quanto para outras temáticas da contemporaneidade.

REFERÊNCIAS

GOMES, A. M. A., SAMPAIO, J. J. C., CARVALHO, M.G.B., NATIONS, M. K., ALVES,
M. S. C. F. Código dos direitos e deveres da pessoa hospitalizada no SUS: o cotidiano hospitalar na roda de conversa . Interface - Comunic., Saúde, Educ., v.12, n.27, p.773-82, out./dez. 2008.

MÉLLO, R. P. et al. Construcionismo, práticas discursivas e possibilidades de pesquisa. Psicologia e Sociedade, v.19, n.3, p. 26-32, 2007.

SAMPAIO, J.; SANTOS, G. C.; AGOSTINI, M. and SALVADOR, A. S. Limites e potencialidades das rodas de conversa no cuidado em saúde: uma experiência com jovens no sertão pernambucano. *Interface (Botucatu)* [online]. vol.18, suppl.2, pp.1299-1311, 2014.

TAVARES, M. S. Roda de Conversa entre mulheres: denúncias sobre a Lei Maria da Penha e descrença na justiça. *Rev. Estud. Fem.* [online]. vol.23, n.2, pp.547-559, 2015.

RITO, Sara
sarahbrito.b@hotmail.com
DIAS, Welley
CHRISTO NETO, Manoel de

INTRODUÇÃO

Na sociedade contemporânea, a cultura tem sua representatividade ligada ao fluxo de transformações na era informacional e no que se refere ao corpo, tanto pelo viés estético quanto pela modulação das relações sociais, o mesmo se apresenta no palco dessas transfigurações sociais.

Nesse contexto, o que se vê é a criação de um tipo ideal de corpo perfeito, o qual acaba se tornando predominante no imaginário social – principalmente com a facilidade na circulação de informações através dos meios tecnológicos e de comunicação – refletindo na forma que cada pessoa passa a ser vista, estabelecendo marcas e estereótipos sociais. Os quais, algumas vezes derivam da utopia pré-estabelecida de corpo perfeito e, em outras, são o espelho da substância interior de cada indivíduo.

Alcançar as expectativas dos novos arquétipos estético-morais pleiteia por uma sistemática observância dos ordenamentos sócio culturais concernentes a educação dos sentidos e a própria manutenção do corpo físico, em um dado momento no qual o mesmo é concebido como motivador da reprodução e legitimação do eu narcísico.

Dessa forma, no que se refere a educação, mais especificamente a educação corporal, a mesma passar a tracejar suas linhas nas inferências e determinações do racionalismo moderno, pautado em códigos morais ditadores de comportamentos e repressores da exteriorização do eu propriamente dito do corpo humano. A respeito, Mendes e Nóbrega (2004, p. 125) afirmam que:

> O corpo humano, ao ser comparado com uma máquina hidráulica, recebe uma educação que o considera apenas em seu aspecto mecânico, sem vontade própria, sem desejos e sem o reconhecimento da intencionalidade do movimento humano, o qual é explicado através da mera reação a estímulos externos, sem qualquer relação com a subjetividade.

O pensamento de Descartes, fundado no exercício do controle e no domínio da natureza, influencia a educação através da racionalização das práticas corporais. Ao ter como princípios a utilidade e a eficiência, busca-se a padronização dos corpos [...]. E, essa uniformização se reflete em diversos âmbitos da vida prática, incluindo nas relações sociais formais, o que condiciona a sociabilidade de cada indivíduo a código indenitários de representação do corpo dentro de cada grupo cultural. Portanto, em uma era marcada pela tecnologia da informação e comunicação, o corpo e suas variações estéticas marcadas por esses códigos indenitários, terminam por fim a se apresentar em duas vertentes, da profanação e da sacralidade, as quais variam, por conseguinte, segunda a diversidade cultural.

Nesse contexto, Elíade (1992, p.14), propõe que “a primeira definição que se pode dar ao sagrado é que ele se opõe ao profano”. Ou seja, ainda segundo Elíade, a manifestação do sagrado – hierofania – está intimamente ligada ao que de fato é considerado comum em determinadas sociedades e, o que escapa do dito genérico tende a ser considerado como profanação do sagrado, seja ele o que for, assim a “potência sagrada quer dizer ao mesmo tempo realidade, perenidade e eficácia.

A oposição entre sagrado/profano traduz-se muitas vezes como uma oposição entre real e irreal ou pseudo-real”. Assim, vê-se o quanto os seres humanos estão intimamente ligados a noção de sagrado e, o quanto necessitam da mesma, fazendo com que se reflita em diversos âmbitos da vida prática. Um exemplo é o Rito, sendo base primordial das noções de sacralidade e profanação, de modo que ambos, cada um com suas respectivas características, personificam o conceito do que, de quem e de como são os deuses.

Desse modo, os rituais no meio social têm como finalidade a reprodução dos atributos próprios de deuses, e a sacralidade dos corpos é um retrato desta interpretação tanto do sagrado quanto do profano, a qual difere de acordo com a intencionalidade e representação cultural de cada pessoa e/ou grupo social. Portanto, a variedade do que é sagrado, de deuses, está pautada na própria diversidade cultural e o que difere o que sagrado ou profano é sobretudo a crença mais universal em determinada sociedade e, mesmo que haja outras concepções religiosas expostas abertamente no mesmo corpo social, a que prevalece como sagrada é a habitual e as que se distinguem como profanação são muitas.

Nesse sentido, o sagrado e o profano se apresentam como uma inovação contemplada pelo progredimento das sociedades. De forma que a partir do momento em que os mesmos passam a representar todo um processo cultural e ideológico socialmente construído, passam também a serem vistos de uma outra forma, na perspectiva do sagrado, nas antigas sociedades se legitimava através de preceitos e crenças religiosas marcadas por determinado fanatismo com a verdade que lhes era estipulada pelo agente, grupo ou instituição, assim como o profano se opunha tudo o que representava a sacralidade, segundo Eliade (1992, p.17-18), “o homem toma conhecimento do sagrado quando este se manifesta, se mostra como algo absolutamente diferente do profano”. E continua: “o homem ocidental moderno experimenta certo mal-estar diante de inúmeras formas de manifestações do sagrado”. Atualmente, ainda há traços dessa velha roupagem, mas os preceitos se tornam mais líquidos e divergentes, tudo pode ser considerado sagrado ou profano partindo do referencial de observância e análise. Otto (1985, p.11), fala a respeito do sagrado: O sagrado é, antes de mais nada, interpretação e avaliação do que existe no domínio exclusivamente religioso. Sem dúvida, esta categoria passa por outros domínios como, por exemplo, a ética; mas ela não provém desses domínios paralelos. Temos o hábito de usar a palavra ‘sagrado’ dando-lhe um sentido completamente figurado que não é o seu sentido primitivo. Entendemos, geralmente, como um predicado de ordem ética, sinônimo de absoluto moral e de perfeitamente bom. E é assim que Kant chama de ‘vontade santa’, a vontade, cujo dever é obedecer, sem refletir, a lei moral; seria então simplesmente a vontade moral perfeita. É assim que se fala do caráter sagrado, do dever e da lei, quando não se tem em vista nada além da necessidade prática e seu caráter universalmente obrigatório. Vários são os sentidos e conceitos que damos para o sagrado. Ainda de acordo com Otto (1985, p.12), “o sagrado não é um conceito, mas sim um sentimento de respeito, de emoção. O sagrado apresenta-se ao ser humano sem intermediários. Ele atinge a experiência do ser humano. Aquilo que é experimentado como sagrado subtrai-se à apreensão conceitual”. Portanto, pode ser característico da vida experienciada. Na institucionalização da religião são desenvolvidos dois conceitos, o mito e o rito, como forma de alcançar o sagrado, fazendo com que esses se tornem mediadores dos opostos, sagrado e profano. O mito conta uma história sagrada; ele relata um acontecimento ocorrido no tempo primordial, o tempo fabuloso do ‘princípio. [...] pelo

fato de relatar as gestas dos Entes Sobrenaturais e a manifestação de seus poderes sagrados, [...] torna-se o modelo exemplar de todas as atividades humanas significativas. (ELIADE, 1972, p.11-12). O que difere é a nova roupagem que tal concepção ganha na sociedade vigente, sem mais a negação que a estava contemplando, mas partindo do pressuposto de encantamento com o que o sagrado tem posto em suas novas bases, seja através da fecundidade nas relações ou na própria abertura de ideais com características próprias do sincretismo religioso e da customização de aspectos religiosos de acordo com a predileção de cada compuseram em torno de uma existência sobrenatural, inatingível pela razão, equivaleram à crença num ser superior e ao desejo de comunhão com ele, nas primeiras formas de religião. Assim, a análise do corpo nesses pressupostos de sacralidade e profanação, se dá pontualmente pela construção corporal em constante transmutação, ao invés de algo objetivamente imutável. Essa construção corporal se dá por diversas influências econômicas, políticas e sociais. Na Contemporaneidade, ter um corpo à imagem do sagrado está relacionado ao ideal de felicidade e ao status social, porém nessa mesma sociedade há uma rica variedade cultural que permite que as noções de sagrado e profano sejam carregadas de uma multiplicidade muitas vezes oposta. Assim, esses preceitos relacionados ao padrão corporal, principalmente com os reforços tecnológicos e informacionais, vinculam o prestígio e aceitação social a esse status do belo seja ele sacro ou profano. Desse modo, compreende-se que na sociedade do consumo e do espetáculo, há um cenário perfeito para a remodelação do corpo de acordo com a lógica do desejo do sujeito social, aproximando-se da imagem dos deuses de acordo com cada grupo social, cultural e/ou religioso, criando assim condições para legitimação e reprodução dos valores que imperam na contemporaneidade. A subjetividade frente ao tema gera novos atritos e cria novos preceitos, nova ética e nova visão de mundo. Na sociedade contemporânea as diversas identidades culturais são expressas através de símbolos representativos intermediados pela estrutura das relações sociais. Em uma era marcada pelo racionalismo científico, as mudanças sociais ocorrem na velocidade da luz gerando assim, uma aldeia global virtual, a qual se caracteriza principalmente pela ressignificação de valores e pela banalização de conceitos postos como conservadores, havendo assim a dita inversão de valores, o que acaba por marcar a transfiguração do corpo embasada em uma cultura materialista, consumista e

individualista. Na contemporaneidade, chamada também de pós modernidade, há um princípio da dualidade emergindo no meio social que tende por desmembrar o ser humano do seu respectivo corpo, o mesmo sendo transmutado em um mero objeto a ser moldado e customizado de acordo com a predileção de cada indivíduo, produto de uma sociedade fixada na ostentação que por fim dita padrões estéticos a serem seguidos de forma totalitária. Desse modo, muitos se vêem obrigados a se supliciar através de modificações corpóreas para auferir determinado arquétipo coercitivo, sendo assim, quando se fala em corpo sagrado e profano, não é permissivo subestimar as singularidades culturais inerentes a ambos. O corpo nas mais variadas manifestações culturais sempre foi consagrado como recinto de sacrifícios às divindades e a estética, a qual em algumas culturas é a configuração preponderante de manifestação do sagrado, estimulada hoje pelos meios de comunicação e processos midiáticos.

OBJETIVO

Analisar como são expressos os diversos códigos indenitários no contexto da sacralidade e/ou profanação do corpo na era da informação. Específicos: - Resgatar a trajetória das diferentes concepções sobre sagrado e profano para a compreensão do corpo na contemporaneidade; - Compreender os pressupostos teórico metodológicos dos códigos identitários na contemporaneidade e seu papel no processo de construção de valores éticos, culturais, ambientais e sociais em uma sociedade mais humanista; - Verificar como a tecnologia da informação contribui para a diminuição dos diversos conceitos antiéticos acera do corpo.

METODOLOGIA

O trabalho foi realizado através de pesquisas bibliográficas, como revistas, artigos, enriquecendo o estudo acerca dos aspectos relevados neste projeto. Sendo assim, a pesquisa se dará atráves do estudo teórico a fim de sustentar as bases para análise, compreensão e resgate do conhecimento acerca da problemática social exposta com o intuito de verificar um traçado significativo para a diminuição dos preceitos deturpados sobre o corpo na contemporaneidade. Segundo (MINAYO, 1994, p. 23) A pesquisa é estabelecida por um processo no qual o pesquisador possui “uma

atitude e uma prática teórica de constante busca que define um processo intrinsecamente inacabado e permanente".

RESULTADOS E DISCUSSÕES

O sagrado e o profano se apresentam como uma inovação contemplada pelo progredimento das sociedades. De forma que a partir do momento em que os mesmos passam a representar todo um processo cultural e ideológico socialmente construído, passam também a serem vistos de uma outra forma na perspectiva do sagrado, nas antigas sociedades se legitimava através de preceitos e crenças religiosas marcadas por determinado fanatismo com a verdade que lhes era estipulada pelo agente, grupo ou instituição, assim como profano se opunha tudo o que representava a sacralidade (Elíade, 1992,p.17-18).

O corpo se reconfigurou em uma personificação do que é ou não aceitável dentro do senso comum, de acordo com a superestrutura cultural de determinada sociedade. Cada ser é observado levando em consideração a idealização de uma imagem corpórea padronizada. (ELIADE, 1992, p. 14).

A religiosidade perdeu sua capacidade de dizer que tem um acesso privilegiado à verdade e se tornou apenas uma dentre tantas orientações possíveis. Afinal, com tantos especialistas, respostas e significados que se colocaram diante do homem, por que recorrer a uma só fonte produtora de sentido? Sim, a religião perdeu. Perdeu seu papel elucidativo, seu lugar ao centro e sua autoridade frente aos demais campos da vida social. Sem dúvida, não foram poucos os prejuízos que os ventos secularizantes da modernidade causaram à religião. Mas, ela não deixou de existir, pelo contrário. Basta olhar para as diversas manifestações religiosas que o homem contemporâneo tem a sua volta para perceber que ela continua viva e bem atuante, e não só restrita aos limites do templo. A religião hoje se manifesta livremente pelos mais distintos espaços profanos. Por que, então, aqui se afirma que ela perdeu? Assim, o homem entendeu que havia nele próprio e na relação com os outros uma razão que não dependia de uma revelação superior, e seria essa razão a responsável por seu discernimento. Então, a partir dos valores que ganharam força nos tempos modernos, o homem se tornou um sujeito independente e assumiu ele próprio o comando de sua vida. E, nessa emancipação, seu olhar em relação à religião mudou, pois ele deixou de enxergá-la como sinônimo de uma verdade absoluta, se vendo livre tanto para se

manter religioso, quanto para não se manter religioso. E, não havendo rituais específicos para se chegar ao sobrenatural, nem dons sobre-humanos que capacitariam alguns escolhidos para intermediar o acesso a esse sagrado, o indivíduo religioso desencantado entendeu que ele próprio poderia ter contato direto com o divino, sem precisar estar em um local específico (dentro dos limites do templo), nem em um momento específico para exercer sua religiosidade. Assim, levou sua fé para as atividades rotineiras, ou seja, passou a vivenciar sua relação com o sagrado também no ambiente profano. Enquanto antes, havia a concepção de que tudo que era sagrado deveria estar protegido dentro dos limites do sagrado, e tudo que era profano deveria manter contato apenas com o profano (ou seja, se mantinha dentro do próprio pensamento humano uma fronteira rígida e inflexível separando os dois mundos), com os processos de secularização e desencantamento e a nova visão de mundo que surgiu a partir deles, uma postura mais maleável passou a substituir essa noção impedimento. (WEBER, 2003). CONSIDERAÇÕES FINAIS O projeto de pesquisa, a partir de fundamentações teóricas buscou uma compreensão e uma reflexão do que é sagrado e profano acerca do corpo, enquanto construção social, cultural e histórica. Fica evidente a fragilidade do corpo, suas limitações e o que leva as pessoas a buscarem algo mais, como se fosse uma necessidade de ressignificação. Com as transformações sociais que ocorrem ao longo do tempo, e a crescente ao longo da sociedade, evoluindo em torno das transformações sociais onde novos padrões são adquiridos e estabelecendo novas regras e estereótipos sociais. Podemos ver que ao longo dessas mudanças o corpo também foi se modificando, onde cada indivíduo é observado em direção a uma idealização corporal, seguido por duas vertentes opostas, o sagrado e o profano. No contexto histórico o profano vem ao oposto do sagrado. Segundo tradições histórias e religiosas o corpo e visto como como um templo sagrado intocável de práticas agressivas, visto como um sentimento de respeito, a fim de conservar as diversidades culturais, onde os ritos espirituais não frisam a beleza e sim uma crença. O profano vem como o oposto sendo marcado por práticas corporais cada vez mais agressivas e marcadas, práticas essas que marcam a subjetividade moderna, cada vez crescentes na tecnologia e com o avanço das novas mídias que valorizam um padrão de beleza cada vez mais procurados pela sociedade atual. A partir dos significados do corpo ao longo da história humana, a constituição das aparências corporais e as consequências dessa

busca incessante pelo corpo ideal, além das imposições sociais e culturais, são alguns aspectos que indicam a relevância de debater esse tema. Entretanto, a temática do corpo sempre esteve na ordem do dia, não apenas nos discursos, mas nas práticas sociais cotidianas.

REFERÊNCIAS

ELIADE, Mircea. Mito e realidade. São Paulo: Perspectiva, 1972.

_____. Tratado de história das religiões. 2.ed. Tradução Fernando Tomaz e Natália Nunes. São Paulo: Martins Fontes, 1998

_____. O conhecimento sagrado de todas as eras. São Paulo. Mercuryo, 1995

_____. O sagrado e o profano: a essência das religiões. Tradução Rogério Fernandes. São Paulo: Martins Fontes, 1992.

MENDES, Maria Isabel Brandão de Souza; NÓBREGA, Terezinha Petrucia. Corpo, natureza e cultura: contribuições para a educação. Revista Brasileira de Educação, n. 27, p. 125-137, set/out/nov/dez 2004.

OTTO, Rudolf. O sagrado: um estudo do elemento não-racional na ideia do divino e a sua relação com o racional. Tradução Prócoro Velasques Filho. São Bernardo do Campo: Imprensa Metodista e Programa Ecumênico de pós-graduação em Ciências da Religião, 1985.

WEBER, Max. A ética protestante e o espírito do capitalismo. São Paulo: Editora Martin Claret, 2003.

III CONGRESSO DE PSICOLOGIA: as diversas faces do cuidar.
De 26 a 28 de abril de 2018. Belém – PA/
HANGAR – Centro de Convenções da Amazônia
Volume 03 – ISSN: 2526-527X
CADERNO DE TRABALHOS COMPLETOS
http://revistas.unama.br/index.php/anaispsicologia/index

O LUTO SOB A PERSPECTIVA DA ANÁLISE DO COMPORTAMENTO

SANTOS, G.F. J Márcia
– marciadejesusgaia@hotmail.com
BRAGA, P. Ana Flávia
SANTOS, N. M. Yonne
SOUZA, Gabriela

INTRODUÇÃO

O presente artigo tem como objetivo apresentar uma pesquisa bibliográfica sobre o luto, visando compreender como se desenvolve esse processo, decorrente de perdas por morte, através do conhecimento do conceito de morte e morrer, conceito sobre o luto, as relações entre o luto normal e o luto patológico, as fases do luto a partir da visão Analítico Comportamental. Sabemos que esse momento da vida do indivíduo é uma experiência angustiante e de cunho pessoal e subjetivo, pela qual todos os seres humanos passarão à medida que vão prosseguindo nas diferentes etapas do ciclo da vida. "Trata-se, portanto, de um processo através do qual os indivíduos procuram adaptar-se à realidade da ausência". (WORDEN, 2009 apud MARQUES, 2015, p. 2). Assim demonstrando a relevância desse estudo acerca do luto, pois é um momento que todos os indivíduos vivenciam.

OBJETIVO

Compreender como se desenvolve esse processo, decorrente de perdas por morte, através do conhecimento do conceito de morte e morrer, conceito sobre o luto, as relações entre o luto normal e o luto patológico, as fases do luto a partir da visão Analítico Comportamental.

METODOLOGIA

A pesquisa foi realizada com base em artigos científicos que contribuíram para um melhor fundamento em relação ao tema proposto. Que se fez relevante para uma melhor compreensão acerca do luto para a Análise do Comportamento, apontando que as pessoas podem apresentar função de estímulo discriminativo ou estímulo reforçador para reforçadores sociais ou para acesso a outros reforçadores. E com a

morte de alguma pessoa significativa, ela deixa de fazer parte do ambiente da pessoa enlutada, onde a mesma perde os reforçadores advindos dessa relação (TORRES, 2010 apud NASCIMENTO et al, 2015).

Esse trabalho destaca a importância de conhecer o processo do luto, pois é um fenômeno que pode desencadear ou gerar uma sensação de fragilidade, não só para quem está morrendo, mas também para os familiares, amigos, etc. O rompimento do vínculo afetivo existente, o nível de aceitação, o tipo de morte – repentina o não, são determinantes essenciais na elaboração dessa perda, objetivo é agregar mais conhecimento sobre o assunto, de maneira que se possa disponibilizar e dá acesso a mais informações sobre a temática.

Para o desenvolvimento da pesquisa foi realizado um levantamento bibliográfico na busca de artigos que continham informações sobre o processo do Luto e sua interpretação para a Análise do Comportamento. Para isso utilizamos artigos indexados nas bases de dados do SciELO , pepsic, pdf da revista Psicologia argumento, site Comporte-se, Portal dos psicólogos . Para acessar os artigos utilizou o Google, onde buscamos através das seguintes palavras chave: “Luto para Análise do Comportamento”, “ Morte e morrer”, “Luto”. As publicações ocorreram entre 1996 e 2015.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Conceito de morte e processo de morrer

Para Basso (et al, 2011) a morte é definida como a cessação definitiva da vida. E o morrer como o intervalo entre o momento em que a doença se torna irreversível e o resultado letal, a morte propriamente dita.

Segundo Basso e Wainer (2011), a palavra morte traz consigo muitos atributos e associações: dor, ruptura, interrupção, desconhecimento, tristeza. Designa o fim absoluto de um ser humano, de um animal, de uma planta, de uma ideia que "chegada ao topo da montanha, admira-se ante a paisagem, mas compreende ser obrigatória a descida" (p. 547).

Na atualidade, a sociedade ocidental compreende a morte como sendo um tabu, um tema interditado e sinônimo de fracasso para os profissionais que trabalham na área da saúde, quando estes perdem um paciente (BASSO et al, 2011). Por ser vista como um tabu, cercada por mistérios e crenças, podem ocorrer frequentes

negações sobre esse tema obscuro e encoberto, um assunto do qual não podemos fugir, pois mais cedo ou mais tarde vamos nos deparar com isso em nossas vidas (COMBINATO & QUEIROZ, 2006 apud BASSO; WAINER, 2011). No entanto, geralmente as pessoas não estão preparadas para lidar com a finitude humana, o que torna mais difícil e delicada a aceitação do encerramento do ciclo da vida (BARBOSA, 2006 apud BASSO; WAINER, 2011).

Em seus estudos sobre a morte, Ariès (1990 apud BASSO; WAINER, 2011) refere que, por algum tempo, a morte foi considerada como natural ao ser humano, tranquila e resignada. A vivência de morte ocorria no âmbito familiar, os rituais se davam numa cerimônia pública, de que todos participavam e eram autorizados a expressar os sentimentos pela perda. Porém, observa-se que nos dias atuais a morte está ausente do dia-a-dia do mundo familiar, pois foi transferida para os hospitais e as crianças são impedidas, pelos adultos, de participarem dos cerimoniais de despedidas (COSTA & LIMA, 2005 apud MEDEIROS et al, 2011).

Ariès (1990 apud BASSO; WAINER, 2011) salienta que, com o avanço da ciência e o crescimento da industrialização, é percebido também o inconformismo diante da morte de si mesmo e do outro, uma vez que a prosperidade do coletivo está ameaçada. Porém, essas mudanças socioculturais vão mais além, provocam o afastamento da morte no cotidiano. Aos enfermos é omitida a morte imediata, e perante a sociedade a morte é camuflada. A incapacidade de impedí-la caracterizava-se pelo silêncio. Este, por sua vez, fora imposto pela sociedade, tornando a expressão da morte proibida e os sentimentos, gestos, palavras e atitudes quase inaudíveis.

Observa-se que houve (e ainda há) diferentes formas de perceber a morte. Nesse sentido, não se pode deixar de esclarecer que o significado de morte varia em diferentes civilizações, em diferentes culturas, religiões, credos e também no tipo de morte. Cada uma delas possui valores e características sobre o conceito da finitude humana, acabando por refletir nos rituais da morte e do morrer, que são itens bastante relativos diante da diversidade, tornando-se características peculiares dos povos.

Este mistério que é a morte pode gerar medo, medo do desconhecido, talvez, que pode acarretar em muitas dores físicas, emocionais e psicológicas. A morte é um fenômeno que pode desencadear ou gerar uma sensação de fragilidade, não só para quem está morrendo, mas também para os familiares, amigos, etc. O rompimento do vínculo afetivo existente, o nível de aceitação, o tipo de morte – repentina ou não, são

determinantes essenciais na elaboração dessa perda (LISBOA; CREPALDI, 2003 apud BASSO; WAINER, 2011).

Luto

Quando ouvimos falar sobre o luto, logo relacionamos à perda de um ente querido. No entanto, o luto também pode ser desencadeado por diversas razões: a perda de um papel significativo na família, a perda do corpo jovial, de um emprego, de um relacionamento amoroso, etc. (PARKES, 1998 apud MARQUES, 2015). Portanto, sempre que uma pessoa experiência uma perda significativa irá desenrolar um processo necessário e fundamental que permita a adaptação a uma nova realidade (PARKES, 1998 apud MARQUES, 2015).

> "Este processo é denominado de luto e consiste numa resposta à perda, envolvendo um processo de adaptação, ou de transformação, pelo qual os enlutados têm que passar para se reestruturar racionalmente e emocionalmente". (WORDEN, 2009 apud MARQUES, 2015, p. 2).

O luto é uma experiência angustiante e de cunho pessoal e subjetivo, pela qual todos os seres humanos passarão à medida que vão prosseguindo nas diferentes etapas do ciclo da vida. "Trata-se, portanto, de um processo através do qual os indivíduos procuram adaptar-se à realidade da ausência". (WORDEN, 2009 apud MARQUES, 2015, p. 2).

No caso de luto por morte, que é o que enfatizamos neste estudo, a perda de uma pessoa significativa geralmente transforma as crenças mais valiosas de si e do mundo ao redor, desequilibrando as bases que sustentavam aquela pessoa até ali.

Luto normal x patológico

Há uma grande diferença entre os sintomas, sinais e fases do luto para cada indivíduo, porém, sabe-se que as diversas manifestações de tristeza, em geral, tornam-se menos intensas com o passar do tempo, geralmente depois de um ou dois anos. Isso porque, como muitos autores afirmam, a morte de uma pessoa próxima desperta uma série de reações e sentimentos que são considerados normais (não patológicos), pois tais reações e sentimentos fazem parte desse processo do luto, que

geralmente envolve sofrimento e desorganização psíquica em maior ou menor grau (KOVÁCS, 2007 apud MATOS-SILVA, 2011). Além disso, pode-se destacar que todos os tipos de perdas acabam afetando as pessoas. O grau de parentesco, o gênero, o tipo de morte, os vínculos e os recursos internos disponíveis são itens que possibilitam ou não a elaboração do luto normal. Parkes (1998 apud BASSO; WAINER, 2011) aponta que o luto normal é uma resposta saudável a um fator estressante: a significativa perda de um ente querido. Quando há uma resposta saudável frente a perda é possível vermos a capacidade de expressão da dor, seja reconhecendo, adaptando ou construindo novos vínculos. Porém, o processo do luto nem sempre segue esse curso normal, legitimando o conceito de luto patológico, dizendo que este tanto poderia se manifestar pela intensidade (ser excessivamente intenso, até violento e prolongar-se para a cronificação) quanto pela ausência de qualquer sintoma. Essa dificuldade em elaborar o luto pode ser gerada por determinadas circunstâncias, como: vínculo e às circunstâncias ou consequências da morte.

Parkes (1998 apud MATOS-SILVA, 2011) e Rando (2003 apud Ibdem, 2011) nomeiam tais circunstâncias como “fatores de risco”, pois elas podem tornar o processo de luto complicado/patológico. Isso significa que a pessoa pode necessitar de mais tempo para elaborá-lo (se comparado ao luto normal) e algumas das fases podem se prolongar para além do que acontece na maioria dos casos. Contudo, a existência destes fatores de risco, não necessariamente gerará lutos patológicos. Pois segundo Matos- Silva (2011), muitos dos autores contemporâneos (BOWLBY, 1985; PARKES, 1998; RANDO, 2003; KOVÁCS, 2007) concordam que o que caracteriza um processo de luto patológico não é a presença de determinados sintomas ou comportamentos (já que muitos deles estão presentes tanto em lutos normais como em patológicos), e sim a *intensidade*, a *frequência*, a *duração* desses sintomas e comportamentos é que vão caracterizar a patologia. Mesmo assim, os fatores de risco geram processos de lutos considerados muito dolorosos e é por esta razão que o enlutamento nesses casos requer atenção e uma compreensão peculiar.

De acordo com Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais, em sua quinta edição (DSM-V, lançado em maio de 2013) o Transtorno Depressivo Maior pode ser desencadeado por um processo de luto complicado. Os critérios disgnósticos do TDM são:

A. Cinco (ou mais) dos seguintes sintomas estiveram presentes durante o mesmo período de duas semanas e representam uma mudança em relação ao funcionamento anterior; pelo menos um dos sintomas é (1) humor deprimido ou (2) perda de interesse ou prazer.

Nota: Não incluir sintomas nitidamente devidos a outra condição médica.

1. Humor deprimido na maior parte do dia, quase todos os dias, conforme indicado por relato subjetivo (p. ex., sente-se triste, vazio, sem esperança) ou por observação feita por outras pessoas (p. ex., parece choroso). (Nota: Em crianças e adolescentes, pode ser humor irritável.)
2. Acentuada diminuição do interesse ou prazer em todas ou quase todas as atividades na maior parte do dia, quase todos os dias (indicada por relato subjetivo ou observação feita por outras pessoas).
3. Perda ou ganho significativo de peso sem estar fazendo dieta (p. ex., uma alteração de mais de 5% do peso corporal em um mês), ou redução ou aumento do apetite quase todos os dias. (Nota: Em crianças, considerar o insucesso em obter o ganho de peso esperado.)
4. Insônia ou hipersonia quase todos os dias.
5. Agitação ou retardo psicomotor quase todos os dias (observáveis por outras pessoas, não meramente sensações subjetivas de inquietação ou de estar mais lento).
6. Fadiga ou perda de energia quase todos os dias.
7. Sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva ou inapropriada (que podem ser delirantes) quase todos os dias (não meramente autorrecriminação ou culpa por estar doente).
8. Capacidade diminuída para pensar ou se concentrar, ou indecisão, quase todos os dias (por relato subjetivo ou observação feita por outras pessoas).
9. Pensamentos recorrentes de morte (não somente medo de morrer), ideação suicida recorrente sem um plano específico, uma tentativa de suicídio ou plano específico para cometer suicídio.

B. Os sintomas causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.

C. O episódio não é atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância ou a outra condição médica.

Nota: Os Critérios A-C representam um episódio depressivo maior. Nota: Respostas a uma perda significativa (p. ex., luto, ruína financeira, perdas por um desastre natural, uma doença médica grave ou incapacidade) podem incluir os sentimentos de tristeza intensos, ruminação acerca da perda, insônia, falta de apetite e perda de peso observados no Critério A, que podem se assemelhar a um episódio depressivo. Embora tais sintomas possam ser entendidos ou considerados apropriados à perda, a presença de um episódio depressivo maior, além da resposta normal a uma perda significativa, também deve ser cuidadosamente considerada. Essa decisão requer inevitavelmente o exercício do julgamento clínico baseado na história do indivíduo e nas normas culturais para a expressão de sofrimento no contexto de uma perda.

D. A ocorrência do episódio depressivo maior não é mais bem explicada por transtorno esquizoafetivo, esquizofrenia, transtorno esquizofreniforme, transtorno delirante, outro transtorno do espectro da esquizofrenia e outro transtorno psicótico especificado ou transtorno da esquizofrenia e outro transtorno psicótico não especificado.

E. Nunca houve um episódio maníaco ou um episódio hipomaníaco. Nota: Essa exclusão não se aplica se todos os episódios do tipo maníaco ou do tipo hipomaníaco são induzidos por substância ou são atribuíveis aos efeitos psicológicos de outra condição médica.

Com base nisso, observa-se que há a possibilidade do reconhecimento de um quadro depressivo durante o processo de luto, e isso possibilita que uma pessoa que esteja passando por esse momento grave tenha acesso aos cuidados de um profissional capacitado.

Fases do luto segundo kubler-ross (1996).

Diversos autores que desenvolveram estudos sobre o luto propuseram diversas fases ou estágios para essa vivência. E entre esses autores destaca-se estudos de Elisabethe Kubler-Ross, que desenvolveu um grande trabalho junto a pacientes terminais sobre o luto pela perda de si mesmo. Foi através da publicação de seu livro

em 1969, *Sobre a Morte e o Morrer*, que trouxe uma grande contribuição para a compreensão do desenvolvimento do processo de luto em estágios.

Kubler-Ross desenvolveu cinco fases do processo do luto, que se estende tanto para a perda de si mesmo, quanto para diversas perdas, inclusive a perda pela morte de um ente querido. Ademais, é imprescindível destacar que essas fases descritas abaixo não seguem necessariamente essa ordem e nem todas podem se apresentar pelas pessoas; varia de pessoa para pessoa.

Negação e Isolamento

A negação neste estágio é uma não aceitação da pessoa diante de uma perda significativa. A pessoa tende a não reconhecer tal acontecimento e não consegue lidar com ela. Segundo Kubler-Ross (1996, p. 53) “comumente, a negação é uma fase temporária, sendo logo substituída por uma aceitação parcial”.

Raiva

A raiva surge quando não se tem mais como negar a perda, e muitas vezes surge acompanhada com a inveja, ressentimento, revolta e a pergunta que não quer calar “porque eu... porque comigo?”. (Kubler-Ross, 1996).

Barganha

Nesse estágio envolve uma negociação, geralmente com Deus, de maneira que as coisas possam voltar a ser como antes. Há uma busca de negociação com quem achar ser o culpado de sua perda. De acordo com Kubler-Ross (1996)

> “O terceiro estágio, o da barganha, é o menos conhecido, mas igualmente útil ao paciente, embora por um tempo muito curto. Se, no primeiro estágio, não conseguimos enfrentar os tristes acontecimentos e nos revoltamos contra Deus e as pessoas, talvez possamos ser bem-sucedidos na segunda fase, entrando em acordo que adie o desfecho inevitável”. (p. 95).

Depressão

Neste estágio a pessoa passa a tomar consciência da irreversibilidade de sua perda, e isso contribui para que a mesma entre em um estado de profundo sofrimento, uma vez que não há como negar tal fato. (Kubler-Ross, 1996).

Aceitação

Esse estágio se caracteriza com o sentimento de aceitação da pessoa diante de sua perda, com algum grau de tranquilidade. Aqui a pessoa já não nega sua realidade. Ademais, há uma busca por enfrentamento. (Kubler-Ross, 1996).

Luto e análise do comportamento

A Análise do Comportamento é uma ciência que busca compreender o ser humano e seus comportamentos a partir da sua relação com o ambiente. O conceito de comportamento se refere sempre a uma relação do organismo com o ambiente, e o ambiente é o conjunto de tudo aquilo que afeta a maneira que o organismo responde (TOURINHO, 2001 apud NASCIMENTO et al, 2015). Ademais,

> "outros organismos também fazem parte do ambiente e as situações nas quais a emissão e o reforçamento do comportamento de uma pessoa dependem, ao menos em partes, do comportamento de outro, são denominadas de comportamento social". (BANACO et al, 2013 apud NASCIMENTO et al, 2015, p. 449).

Isto é, as pessoas podem apresentar função de estímulo discriminativo ou estímulo reforçador para reforçadores sociais ou para acesso a outros reforçadores. E com a morte de uma pessoa significativa, ela deixa de fazer parte do ambiente da pessoa enlutada, que perde os reforçadores advindos dessa relação. "As reações à perda tendem a ser excessivas nos casos em que parte considerável dos reforçadores positivos da vida do enlutado dependiam do falecido para serem produzido". (TORRES, 2010 NASCIMENTO, 2015, p. 450).

Com a perda da pessoa que servia como estímulo reforçador, alteram-se as contingências de reforçamento vigentes na vida da pessoa, causando uma grande mudança comportamental em sua vida.

"A esses novos comportamentos, sejam eles públicos ou privados (como sentimentos e pensamentos), relacionados ao evento da perda, a comunidade verbal dá o nome de "luto". Sendo o luto um conjunto de respostas de interação com o meio, pode-se analisar essa contingência considerando o vínculo e a perda como estímulos antecedentes, as reações ao luto como comportamentos e o sofrer e a recuperação como consequência". (Hoshino, 2006 apud NASCIMENTO, 2015, p. 449).

O repertório comportamental de qualquer organismo é estabelecido por meio dos níveis filogenéticos, ontogenéticos e culturais. O filogenético diz respeito aos comportamentos selecionados durante o processo de evolução da espécie; o ontogenético se refere à história de vida de cada individuo; e o nível cultural diz respeito aos conhecimentos, crenças, regras que são repassados dentro de grupos humanos. Portanto, o processo do luto será determinado de acordo com os três níveis supracitados. (Martin & Pear, 2013 apud NASCIMENTO et al, 2015).

Para Worden (2013), o luto é um processo que está presente em todos os lugares, e não somente com humanos, mas com os animais também. O mesmo resulta da perda de um objeto de apego, que causa diversos sentimentos e comportamentos para que se possa restabelecimento a relação com o objeto perdido. “Supõe-se que há influências biológicas para que a separação influencie respostas instintivas de reparação”. (NASCIMENTO et al, 2015, p. 448).

Ademais, as crenças e valores de cada cultura influência significativamente para como as pessoas reagem às perdas.

> “Mas a tentativa de reencontro com o falecido é uma frequente em praticamente todas as civilizações, como, por exemplo, por meio de rituais religiosos ou apego a pertences do falecido”. (WORDEN, 2013 apud NASCIMENTO et al, 2015, p. 448).

Outra influência que determina cada processo de luto é a relação que se tinha com a pessoa que morreu. Quem era essa pessoa? Que vínculo você estabelecia com ela? Quais antecedentes históricos? Que tipo de prejuízos secundários se obtém com a perda? “Dependendo da relação do enlutado com o mundo e com o falecido, pode ocorrer o que se chama de luto complicado, necessitando de apoio especializado para uma adaptação saudável”. (Worden, 2013 apud NASCIMENTO et al, 2015, p. 448).

No que diz respeito às cinco fases do processo do luto desenvolvido por Elizabeth Kubler-Ross (Negação, raiva, barganha, depressão e aceitação) é possível de ser interpretada pela Analise do Comportamento através do conceito de: Extinção Operante. (MOREIRA; MEDEIROS, 200). Na extinção operante não é apresentado reforçadores que outrora eram disponíveis. Isto é, a pessoa que morreu não mais poderá manter contato com o enlutado, ou seja, não produzirá mais consequências reforçadoras que antes produzia. (MOREIRA; MEDEIROS, 2007).

Quando um individuo se relaciona com uma pessoa significativa, emite diversos comportamentos em relação ao o outro, muitos dos quais são reforçados. No entanto, quando perde-se a pessoa, perde-se realmente todo o contato com ela, ou seja, os reforçadores não mais seguem a resposta. Tal processo produz certas alterações no responder do individuo, que perpassa por todas as fases supracitadas. Vale pontuar que “esse procedimento (suspensão do reforço) e o processo dele decorrente (retorno da frequência do comportamento ao nível operante) são conhecidos como Extinção Operante”. (MOREIRA; MEDEIROS, 2007, p. 55).

O processo de extinção operante envolve diversas alterações no responder que são: aumento inicial na frequência de respostas. Tal maneira de responder equivale à fase da negação, onde o enlutado continua a responder (em maior frequência) mesmo que as consequências reforçadoras não sigam a resposta. Ele não aceita a perda e suplica pela presença do seu ente querido ali novamente. (MOREIRA; MEDEIROS, 2007).

Outra alteração no responder se dá na topografia (forma) e na magnitude (intensidade) da resposta, que equivale à fase da raiva. Aqui o enlutado se revolta com a situação. Segundo Skinner (1953 apud MOREIRA; MEDEIROS, 2007) há um efeito emocional no responder durante a extinção operante. As respostas passam a ocorrer de forma e intensidade diferente.

Estas alterações estão também relacionadas com a fase da barganha. O enlutado tenta negociar algo ou alguém para obter a presença daquela pessoa novamente. Responde-se em direção à pessoa que faleceu, mas para-se de responder durante algum tempo e pergunta-se se algo poderia-se ter feito de diferente. Neste momento, a frequência da resposta já passa a ser menor. (MOREIRA; MEDEIROS, 2007).

Já na fase da depressão há uma pausa no responder do enlutado. Há uma queda gradual da frequência da resposta que não é mais reforçada. Cada vez mais a frequência de respostas em direção à pessoa que foi perdida, diminui de frequência. E por fim, a fase da aceitação está relacionada ao final da extinção operante. Aqui há uma diminuição grande da frequência de respostas do enlutado, e a resposta volta a ocorrer na mesma frequência em que ocorria antes de ser reforçada.

Faz-se necessário esclarecer que um comportamento reforçado após um longo tempo não será extinto facilmente. Isto é, quando perde-se alguém que tínha-se um

contato grande, é muito provável que se leve muito mais tempo para que todas as respostas em direção a ele se extinguem. Há também possibilidade de que a extinção nunca aconteça totalmente, pois eventualmente o enlutado pode voltar a emitir as respostas, mesmo que em uma frequência bem menor. Chamamos isso de 'recuperação espontânea'. (MOREIRA; MEDEIROS, 2007).

Foram levantados estudos sobre a morte e morrer, que apontaram que por algum tempo, a morte foi considerada como natural ao ser humano, tranquila e resignada. Com isso, observa-se que houve (e ainda há) muitas formas de perceber a morte. Nesse sentido, cabe expor que cada cultura abrange inúmeras representações do significado da morte, o que dependendo desse significado pode tornar mais difícil e delicada a aceitação do encerramento do ciclo da vida. Em relação ao luto, estudos apontaram que ele se trata de um processo através do qual os indivíduos tentam adaptar-se à realidade da ausência, tendo uma resposta saudável diante um fator estressante, que é a perda significativa de um ente querido. Porém, o processo do luto nem sempre segue esse curso normal, legitimando o conceito de luto patológico, dizendo que este poderia se manifestar tanto pela intensidade quanto pela duração e frequência, em decorrência de uma dificuldade de elaborar, pelos seguintes motivos: vínculo, circunstâncias ou consequências da morte. Estudos acerca de luto e análise do comportamento apontam que o que ocorre com o comportamento quando perdemos alguém ou algo é uma extinção operante. Em suma, podemos concluir que este mistério, que é a morte, gera medo, medo do desconhecido, talvez, que pode acarretar em muitas dores físicas, emocionais e psicológicas. A morte é um fenômeno que pode desencadear ou gerar uma sensação de fragilidade, não só para quem está morrendo, mas também para os familiares, amigos, etc. O rompimento do vínculo afetivo existente, o nível de aceitação, o tipo de morte – repentina ou não, são determinantes essenciais na elaboração dessa perda. Portanto, a Análise do comportamento possibilita uma compreensão relevante sobre a perda de uma pessoa significativa, demonstrando que ao nos relacionarmos com uma pessoa significativa emitimos diversos comportamentos em relação a essa pessoa, muitos dos quais são reforçados. No entanto, quando perdemos a pessoa perdemos realmente todo o contato com ela, ou seja, os reforçadores não mais seguem a resposta. Depois de uma relação em que o responder do organismo era reforçado, com a perda da pessoa há uma quebra desta relação; o reforço não mais segue a resposta, o que produz

certas alterações no comportamento do indivíduo, que pode perpassar pelas fases do luto.

CONCLUSÃO

Assim, a Análise do Comportamento contribui para um melhor entendimento e compreensão desse momento do ciclo da vida, mostrando que a Psicologia vem desenvolvendo estudos científicos acerca desse tema, que é tão presente ao longo da história de vida de cada pessoa, mostrando com isso a grande relevância de mais estudos sobre o luto na perspectiva da análise do comportamento, como uma forma de aprimorar as intervenções nos momentos de luto.

REFERÊNCIAS

BASSO, Lissia Ana; WAINER, Ricardo. Luto e perdas repentinas: contribuições da Terapia Cognitivo-Comportamental. Revista Brasileira de Terapias Cognitivas, Rio de Janeiro , v. 7, n. 1, p. 35-43, jun. 2011 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872011000100007&lng=pt&nrm=iso>. acesso em 25 jan. 2017.

KUBLER-ROSS, Elisabeth. Sobre a Morte e o Morrer: o que os doentes têm para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e aos seus próprios parentes. 7 ed; São Paulo: Martins Fontes, 1996. Disponível em: Acesso em: 28 de Dezembro de 2016.

Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais [recurso eletrônico] : DSM-5 / [American Psychiatric Association ; tradução: Maria Inês Corrêa Nascimento ... et al.] ; revisão técnica: Aristides Volpato Cordioli ... [et al.]. – 5. ed. – Dados eletrônicos. – Porto Alegre : Artmed, 2014.

MARQUES, Marlene. Fatores que impedem a resolução do luto. 2015. Disponível em:< http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0860.pdf > Acesso em: 03 de Janeiro de 2017.

MATOS-SILVA, Mariana Santiago de. Teclando com os mortos: um estudo sobre o uso do Orkut por pessoas em luto. 2011. 158 f. Tese (doutorado)–Pontifícia

Universidade Católica do Rio de Janeiro, Departamento de Psicologia. Rio de Janeiro, 2011.

NASCIMENTO, Diogo Cesar do; NASSER, Gabriel Meirelles, et al. Luto: uma perspectiva da terapia analítico-comportamental. PsicolArgum. 2015 out./dez., 33(83), 446-458. Disponível em: < http://www2.pucpr.br/reol/pb/index.php/pa?dd1=16204&dd99=view&dd98=pb > Acesso em: 05 de Abril de 2018.

MOREIRA, Márcio Borges; MOREIRA, Carlos Augusto de Medeiros. Princípios básicos de análise do comportamento. Porto Alegre: Artmed, 2007.

III CONGRESSO DE PSICOLOGIA: as diversas faces do cuidar.
De 26 a 28 de abril de 2018. Belém – PA/
HANGAR – Centro de Convenções da Amazônia
Volume 03 – ISSN: 2526-527X
CADERNO DE TRABALHOS COMPLETOS
http://revistas.unama.br/index.php/anaispsicologia/index

GRUPO DE REFLEXÃO COMO POSSIBILIDADE TERAPÊUTICA PARA DISCENTES: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

NETO, Manoel de Christo Alves
JUNIOR, Dorivaldo Pantoja Borges
PINTO, Lorrana da Costa
SANTOS, Yonne Mirtes Nunes dos

INTRODUÇÃO

Na missão de promover saúde, visto que existe uma diversidade de público alvo, são necessárias medidas alternativas tanto de combate, quanto de prevenção desta. Mais especificamente no âmbito acadêmico, onde são recorrentes inúmeras descobertas de possibilidades na construção da carreira profissional, se vê necessária uma atenção especial. O contexto atual é um contexto de adoecimento. E, como uma medida nesse combate, o Grupo de Reflexão vem como uma alternativa de enriquecimento desses discentes que estão inseridos nesse contexto adoecido, que acaba trazendo-lhes um sofrimento psíquico bastante notório, influenciando assim, não só o seu rendimento no caminho acadêmico, mas toda a sua existência. Portanto, com o interesse de promover um espaço para esse compartilhamento de demandas, foi criado, na Universidade da Amazônia – UNAMA, um Grupo de Reflexões voltado para os discentes do curso de Psicologia, cuja reflexão gira em torno do “O que é ser discentes em tempos de transição? ”. A partir da experiência obtida em duas, das seis edições desse grupo, o presente artigo foi constituído.

O GRUPO DE REFLEXÃO

Antes de pontuar os impactos que possui um Grupo de Reflexão nos membros que o compõe, é interessante ter uma dimensão acerca de sua finalidade e suas características. Inicialmente, essa metodologia de trabalho grupal, que deriva dos Grupos Operativos proposto por Pichon-Rivière (1994), traz a proposta de remoção do que é obstáculo à realização no contexto de seus membros. Essa superação das tensões grupais, é o que possibilitaria o enriquecimento do grupo e, se o grupo cresce, todos os membros crescem juntos.

Foi com a experiência de Alejo Dellarossa num grupo de ensino e formação de psicoterapeutas conduzidos por ela, que surgiu os Grupos de Reflexão. Com o

objetivo de elaborar as tensões que resultavam no trabalho com pacientes psiquiátricos e com os demais participantes da instituição assistencial. Com o grupo denominado “grupo de reflexão” Dellarossa “pretende enfatizar o refletir, o indagar as tensões oriundas do processo de ensino/aprendizado”. (ZIMERMAN; OSÓRIO, 1997, p. 346). A proposta de grupo desenvolvida por Dellarossa encontrou possibilidade de aplicação não somente em grupos de ensino/aprendizado, mas também em outros campos.

Em linhas gerais, o grupo de reflexão é uma modalidade de grupos Operativos, que se desenvolve sobre determinada tarefa no grupo, não tendo, a priori, objetivos psicoterapêuticos, embora haja efeitos terapêuticos. (FRANCO; VOLPE, 2011). “No grupo operativo, busca-se o enriquecimento da personalidade por meio da reflexão problematizadora a respeito de padrões estereotipados da conduta” (FRANCO, VOLPE, 2011, p.32).

O objetivo principal do grupo de reflexão é o conhecimento que se pode adquirir na vivência grupal, nos vínculos que se estabelecem e nas trocas feitas com alunos, professores e a instituição. (FERNANDES, 2000). Geralmente, não se tem temas pré-estabelecidos, contribuindo para que os próprios participantes possam pensar juntos no que almejam falar e refletir. Portanto, não se trata de uma assembleia, nem de uma reunião de avaliação, mas da possibilidade de indagar-se sobre as relações dos membros do grupo entre si, com o grupo como um todo, com a instituição onde se passa a experiência e com a própria sociedade (CHRISTO NETO, 2001).

Ademais, o coordenador tem um papel importantíssimo no processo do grupo. A função do coordenador é favorecer que os participantes tenham vivências criativas e inovadoras que permitam a superação de condutas estereotipadas. O coordenador deve ter especial atenção ao manejar o grupo, pois o mesmo pode caminhar para um funcionamento psicoterapêutico, que não é o objetivo primeiro desse tipo de grupo (FERNANDES, 2000), ainda que possa ter consequências terapêuticas. “As intervenções do coordenador devem visar sempre ao grupo, em suas dificuldades e ansiedades, e nunca aos indivíduos. Acreditamos que essa seja uma regra técnica da maior importância”. (ZIMERMAN; OSÓRIO, 1997, p. 347).

SOFRIMENTO E ADOECIMENTO PSIQUICO EM UNIVERSITÁRIOS

Observando que nas relações educacionais são construídas entre discência e docência, é perceptível observar a organização no sofrimento psíquico em discentes universitários (XAVIER; NUNES; IGNÊZ, 2008)

No campo de interação produzida por um trabalho, ou uma ocupação o modo como significamos sobre esse modo de trabalho pode ter consequências na subjetividade e na identidade. O Trabalho como função psíquica é um grande alicerce para construção dessa característica do sujeito (VERONESE; ESTEVES, 2009)

Para Bouyer (2010) quando os processos enfrentam impedimentos ou dificuldades o sofrimento psíquico aparece, podendo causar consequências psicopatológicas. Portanto, o estudar como sendo uma ocupação, um trabalho, também tem função psíquica que acarreta na construção da identidade do sujeito, podendo também por algum desfuncionamento causar sofrimento.

RELATO DE EXPERIÊNCIA

Para participar dos grupos, realizamos nossas inscrições. As inscrições eram livres e espontâneas, contudo, era informado aos membros ser obrigatória a presença no primeiro encontro, caso contrário não poderia participar dos demais encontros daquele grupo. Ademais, era permitida a possibilidade de faltar somente uma vez.

No primeiro encontro, geralmente, a ansiedade e a curiosidade era o que permeava os participantes: “como vai ser?”, “será que é legal?”. O que mais nos chamou a atenção foi o fato de que ao iniciar o grupo o coordenador ficava em silêncio, e aquele silêncio nos incomodava muito, pois geralmente estamos acostumados a sermos direcionados, mas naquele espaço tínhamos a liberdade para falarmos o que quiséssemos, sem que existisse alguém que falasse “agora vamos falar sobre isso ou aquilo”. E quando todos entendiam isso o processo iniciava. Bastava uma pessoa tomar a inciativa.

Outra coisa que também nos chamou atenção era o fato de que, mesmo quando o assunto abordado naquele momento aparentemente não tinha nada a ver com o objetivo (refletir sobre ser discente), o coordenador trazia para o grupo como um todo o assunto e relacionava com o ser discente; o que aquilo influenciava nos participantes.

Ademais, quando um participante trazia em sua fala alguma dificuldade no processo acadêmico, muitos participantes se identificavam com a mesma dificuldade,

e o sentimento que eu tinha era de que: “Olho só, não é só eu que me sinto assim. Não é difícil só para mim”. E isso em si já me fazia me sentir melhor, pois via que dificuldades todos passamos, que não é era algo só meu. Em contrapartida, ouvíamos as experiências e pensamentos de outros participantes que às vezes não eram nada parecidos com a nossa experiência ou pensamento, mas que assim nos levava a perceber as coisas por outros ângulos, pelo ângulo do outro.

O simples fato de poder verbalizar algo, foi muito bom. Saiamos mais confiantes.

O sentimento de pertencimento grupal também era sentido, mesmo que os integrantes fossem de semestres diversos, era interessante observar como a angústia, sensação de impotência e o temor pelo futuro acadêmico eram compartilhados por todos os membros. Em diversas situações, expressões de alívio, risadas e até mesmo consolo eram partilhados quando um membro trazia alguma questão relacionada ao cotidiano universitário e a rotina acadêmica, questões institucionais e outras.

Importante ressaltar que nem todos os membros falavam, mas o reconhecimento na fala do outro era perceptível, em alguns encontros somente alguns participantes mais expressivos falavam, enquanto outros concordavam, acenando a cabeça ou complementando as falas, a sensação de verbalização do sentimento expresso pelo outro era frequente, principalmente quando eram do mesmo semestre. Ali, percebíamos que tínhamos um espaço livre e sem julgamentos, um verdadeiro ambiente de facilitação, nos proporcionando primordialmente poder ser a pessoa por trás do discente.

No começo dos encontros, um dos assuntos pertinentes na maioria dos encontros eram sobre o receio do futuro acadêmico, principalmente porque parte significativa dos membros eram dos últimos semestres, próximos da conclusão do curso. Posteriormente os assuntos foram sendo diversificados por alunos de semestres iniciantes, alguns com curiosidades sobre grade curricular e outros sobre o processo do final de formação. Interessante ressaltar que houve uma postura acolhedora de ambos os lados, tanto os alunos dos semestres iniciantes quanto os concluintes, incentivando e apoiando os iniciantes a terminarem a graduação e verbalizando que apesar das dificuldades, o curso havia colaborado significativamente para a transformação de vida.

DISCURSSÕES

No decorrer dos seis encontros, foi possível refletir sobre as experiências, vistas como finalidade terapêutica através de efeitos comuns aos participantes e que, corroborando com a literatura, são apresentados como resultados as falas em recortes como diálogos reflexivos divididos em categorias comuns nas experiências, tais como a identificação, o acolhimento em um ambiente facilitador e a troca de experiência. Tais trocas possibilitaram explicitação de dificuldades e potencialidades no contexto acadêmico, experiências a partir de diferentes necessidades e angústias através de um ambiente facilitador e de escuta. Em um relato de uma participante, ela expressa: “quando comecei a participar do ‘Cá entre nós’ (nome do Grupo de Reflexão), eu não sabia muito o que esperar porque estava meio assustada. Mas lembro que no grupo (cita uma colega) começou a falar sobre as angustias que o semestre dela (que era o mesmo que o meu) estava causando e que por sinal eram as mesmas angustias que eu sentia. Quando ela falou sobre medo do próximo ano (que é esse agora) e a sobrecarga que é sair da universidade e o medo do futuro. Enfim, consegui me identificar nela e era como se ela verbalizasse por mim o que eu queria dizer. Já no finalzinho dos encontros o número de alunos foi diminuindo, mas ao mesmo tempo me sentia mais à vontade e mais acolhida também, tanto é que ainda mantenho uma boa relação com três pessoas lá do grupo, tudo isso por causa do “Cá entre nós’”. Os encontros, permeados pelo vínculo de confiança, liberdade e a livre discussão circulante, promoveram espaço para a construção e ressignificação do que é ser discente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com a experiência como participantes no grupo de reflexão, percebemos a grande importância de espaços como esse nas universidades para que alunos possam se expressar e serem escutados em suas angústias decorrentes da vida acadêmica que exige dos discentes uma série de habilidades, competências e atitudes que nem sempre estão presentes em sua pauta de conduta.

Por fim, entende-se que mesmo o objetivo precípuo do grupo não sendo psicoterapêutico, ele possibilita efeitos terapêuticos em diversos participantes, sendo isto observado nos relatos de experiência dos discentes que perceberam nos encontros, nos facilitadores e nos colegas um ambiente facilitador e acolhedor.

PALAVRAS-CHAVES: Grupo de Reflexão; Estudantes de psicologia; Grupos Operativos.

REFERÊNCIAS

BOUYER, G. Contribuição da psico-dinâmica do trabalho para o deba-te. Rev. bras. saúde ocup.,São Paulo, v. 35, n. 122, dez. 2010.

CHRISTO NETO, Manoel de. Grupo de Reflexão com adolescentes e famílias em situação de risco. Rev. do CCHE da Unama. Belém: Unama, 2001.

FERNANDES, Beatriz Silverio. Como trabalho com grupo de reflexão. Rev. SPAGESP. v.1 n.1 Ribeirão Preto; 2000. Disponível em: < http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702000000100011 > Acesso em: 12 de Fevereiro de 2018.

FRANCO, Erich Montanar; VOLPE, Altivir João. Sentidos para a formação em um grupo de reflexão. Psicol. Ensino & Form. vol.2 no.1 Brasília 2011. Disponível em:< http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-20612011000100004 > Acesso em: 10 de Janeiro de 2018.

PICHON-RIVIÈRE, E. O processo grupal. 5. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1994.

ZIMERMAN, David E; OSÓRIO, Luiz Carlos. Como trabalhamos com grupos. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

XAVIER, Alessandra; Lima Nunes, Ana Ignêz Belém, Steiner dos Santos, Michelle. Subjetividade e sofrimento psíquico na formação do Sujeito na Universidade. Revista Mal-estar E Subjetividade [en linea] 2008, VIII (Junio-Sin mes) : [Fecha de consulta: 18 de maio de 2018. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=27180208> ISSN 1518-6148.

BISPO, Ana carolina Kruta de Araújo; HELAL, Diogo Henrique. A dialética do prazer e sofrimento de acadêmicos: um estudo com mestrandos em administração. Revista de Administração FACES Journal [en linea] 2013, 12 (Octubre-Diciembre) : [Fecha

de consulta: 20 de mayo de 2018] Disponible en:<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=194030613008> IS

III CONGRESSO DE PSICOLOGIA: as diversas faces do cuidar.
De 26 a 28 de abril de 2018. Belém – PA/
HANGAR – Centro de Convenções da Amazônia
Volume 03 – ISSN: 2526-527X
CADERNO DE TRABALHOS COMPLETOS
http://revistas.unama.br/index.php/anaispsicologia/index

A ÉTICA ANTIMANICOMIAL NA FORMAÇÃO DO PSICÓLOGO EM BELÉM DO PARÁ: ELEMENTOS PARA REFLEXÃO

PINTO, Laura Juliane
ALMEIDA, Carlos Vitor Oliveira
NETO, Manoel de Christo

INTRODUÇÃO

Originalmente esta pesquisa surgiu de um trabalho acadêmico desenvolvido no curso de Psicologia da Universidade da Amazônia (UNAMA), na disciplina Tópicos Integradores, na qual o pré-projeto consistia em analisar a formação do psicólogo com atuação em saúde mental, e ênfase na ética antimanicomial, e como tem sido direcionada a atuação para essas perspectivas de intervenção do profissional. Ao estudarmos a respeito do tema, verificamos que os princípios fundamentais do Código de Ética do Psicólogo, que entraram em vigor no ano de 2005, com base na Declaração Universal dos Direitos Humanos, afirma que o profissional de psicologia trabalhará sustentando sua prática profissional no respeito, promovendo a liberdade, a dignidade, a igualdade, e a integridade do homem. A questão da *luta antimanicomial* surgiu a partir da reforma psiquiátrica, que fazia oposição às práticas desumanizadas que aconteciam nos manicômios e hospitais psiquiátricos da época; além do confinamento, o paciente sofria violência física, descaso contra sua integridade e a individualidade era desconsiderada – tais fatores se opõem à Declaração Universal dos Direitos Humanos.

OBJETIVO

A decisão de fazer um estudo de cunho primordial acerca da temática no intuito de pesquisar se a ética antimanicomial está ou não presente na formação do psicólogo nas instituições de ensino superior que disponibilizam bacharel em psicologia, no cenário regional em Belém do Pará.

METODOLOGIA

Realizou-se uma pesquisa bibliográfica e documental, na qual foram analisados os projetos políticos pedagógicos e ementas das disciplinas, das instituições que oferecem Bacharelado em Psicologia. As Instituições de Ensino Superior (IES)

selecionadas foram: Universidade da Amazônia (UNAMA), Universidade Federal do Pará (UFPA), Escola Superior da Amazônia (ESAMAZ) e Faculdade Mauricio de Nassau. Mapeou-se as matrizes curriculares, procurando identificar quantitativamente quais as disciplinas que abordam a ética antimanicomial, e assim, realizamos algumas reflexões sobre os dados encontrados, especialmente no que se refere às habilidades e na intervenção do psicólogo no âmbito da saúde mental, tem por base o Código de Ética da Psicologia sob a responsabilidade do Conselho Federal de Psicologia e a Lei de Diretrizes e Bases do Ministério da Educação (MEC).

RESULTADOS E DISCUSSÕES

No Brasil, final da década de 1970, inicia-se o processo da reforma psiquiátrica num contexto em que se demonstrava a crise do modelo de cuidados centrados no hospital psiquiátrico (hospitalocêntrico), com o surgimento dos movimentos sociais que lutavam pelos direitos das pessoas com transtornos mentais; o estopim da crise foram as denúncias de maus tratos que ocorriam nos hospitais psiquiátricos brasileiros, o que levou à mobilização de vários profissionais; posteriormente, com o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), o movimento adquiriu força na década de 80 durante o processo de reivindicação e com participação popular, resulta na Reforma Psiquiátrica que, embasada por políticas de Estado, leis e decretos, trouxeram um grande avanço no tratamento de pessoas com transtornos mentais, garantindo os direitos humanos dos usuários dos serviços e potencializando a cidadania.

Outra conquista significativa foram as mudanças dos serviços de saúde mental substitutivos ao modelo manicomial, no campo da assistência à saúde mental, a Portaria nº 224, de 29 de janeiro de 1992 do Ministério da Saúde estabelece as diretrizes para o atendimento nos serviços de saúde mental, normatizando vários serviços substitutivos aos hospitais manicomiais, como: atendimento ambulatorial com serviços de saúde mental (unidade básica, centro de saúde e ambulatório), Centros e Núcleos de atenção psicossocial (CAPS/NAPS), Hospital-Dia (HD), serviço de urgência psiquiátrica em hospital-geral, leito psiquiátrico em hospital-geral, além de definir padrões mínimos para o atendimento nos hospitais psiquiátricos, até que sejam totalmente superados. A Portaria nº 106, de 11 de fevereiro de 2003, cria os

Serviços Residenciais Terapêuticos em saúde mental para pacientes de longa permanência em hospitais psiquiátricos.

No cenário regional, o Hospital Psiquiátrico “Juliano Moreira” tem origem no antigo hospício de alienados, fundado em julho de 1892 localizado no Bairro do Marco, após 45 anos em funcionamento passou a denominar-se “Juliano Moreira” em homenagem ao psiquiatra baiano que contribuiu significativamente com a psiquiatria no Brasil, a mudança trouxe uma nova forma de olhar a loucura, agora entendida como algo que podia ser tratável por meio de novos medicamentos e novos tratamento a introdução de atividades de praxiterapia nos anos 60 - como pintura, a escultura em argila, em gesso e em madeira, as festas dançantes e os torneios esportivos – não evitou o lento processo de desospitalização ocorrido no início dos anos 80. O fogo consumiu parte da estrutura do prédio levando a sua desativação em 1984.

No lugar do antigo hospital psiquiátrico, encontra-se atualmente o Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade do Estado do Pará (UEPA), na avenida Almirante Barroso. A lei municipal nº 7892/98, dispõe sobre a assistência psiquiátrica e a regulamentação dos serviços de saúde mental no município de Belém, o art. 3º proíbe no município de Belém a construção e ampliação de hospitais psiquiátricos e instituições manicomiais de atenção em saúde mental, público, privados e filantrópicos e contratação e financiamento pelo Setor Público de leitos nesses estabelecimentos.

Em 2017 completou-se 30 anos da comemoração do Dia Nacional da Luta Antimanicomial, e nos remete a importância da data que, ao mesmo tempo é motivo de celebração, também deve ser de recordar e se atentar que as conquistas históricas não vivam retrocessos e nos envergonhem enquanto sociedade e que a cidadania de cada indivíduo seja garantida. O Sistema Conselhos de Psicologia (SCP) tem sido parceiro desta luta ao longo destes anos, combatendo as lógicas de exclusão e buscando contribuir para a construção de práticas inclusivas em saúde mental.

"É necessário se espantar, se indignar e se contagiar, só assim é possível mudar a realidade"

Nise da Silveira

A importância de discutir a respeito de como a saúde mental é vista na contemporaneidade é essencial para pensar como tem sido a atuação do psicólogo, e se a formação acadêmica é voltada para pensar e atuar no âmbito da saúde mental.

Indaga-se: novas práticas são necessárias para uma intervenção mais humanizada? A resolução nº 5, de 15 de março, de 2011 homologada pelo MEC, que institui as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em Psicologia, estabelece normas para o projeto pedagógico complementar para a Formação de Professores de Psicologia.

Os artigos descritos na resolução expõem os desdobramentos que uma IES deve seguir para oferecer a formação no curso de Psicologia. Os artigos 3º e 4º abordam a atuação profissional, para pesquisa e ensino em Psicologia e seus incisos discorrem acerca das competências e habilidades e dos princípios e compromissos da formação profissional, respeitando a ética, as necessidades sociais, os direitos humanos, a atenção à saúde, tendo em vista a promoção da qualidade de vida dos indivíduos, grupos, organizações e comunidades.

Indaga-se ainda: os projetos políticos pedagógicos das IES seguem os parâmetros de 2011? como são trabalhadas tais diretrizes dentro dos cursos de psicologia? de acordo com os princípios definidos pelo MEC, baseados na ética, nos múltiplos referenciais do fenômeno psicológico em suas interfaces com os fenômenos biológicos e sociais, construção e desenvolvimento do conhecimento científico em Psicologia.

A pesquisa bibliográfica e documental realizada apresenta, portanto, uma leitura do cenário em Belém do Pará ao identificar as instituições que oferecem Bacharelado em Psicologia, além de mapear a matriz curricular e fazer uma análise das ementas das disciplinas que abordam a ética antimanicomial, fornecendo os resultados obtidos que se refere às habilidades e competências na formação do psicólogo.

Nas IES cujos documentos foram analisados, pode-se identificar aqueles disponibilizados no site da UFPA, o qual contêm detalhadamente o projeto pedagógico e os objetivos do curso, com ênfases nos direcionamentos estabelecidos pelo MEC, com projetos de encaminhamento para pós-graduação, pesquisa, clínica e afins; as ementas das disciplinas do curso estão direcionadas para a temática em foco, segundo as análises feitas.

O site da instituição de ensino ESAMAZ também contêm detalhadamente o projeto pedagógico e os objetivos do curso, com ênfases nos direcionamentos estabelecidos pelo MEC, porém, estão ocultas, para uma análise mais detalhada, as

ementas das disciplinas, logo não é possível afirmar se estas condizem com as políticas pedagógicas do projeto, tendo em vista que só estava acessível no site oficial a matriz curricular do curso e o projeto pedagógico.

Os projetos políticos pedagógicos da UNAMA e da Faculdade Mauricio de Nassau, pertencentes ao mesmo grupo institucional “Ser Educacional”, também não está disponível nos sites das instituições, o que nos impossibilita de verificar se seguem os direcionamentos estabelecidos pelo MEC, contudo estão disponíveis a matriz curricular e as ementas de cada disciplina, sendo possível verificar que em algumas disciplinas o curso de Psicologia de ambas, faz abertura para que sejam discutidos temas acerca da Ética Antimanicomial.

A partir das informações coletadas, verificou-se o percentual que cada IES aborda, em algum momento, temáticas relacionadas ao objeto de estudo de trabalho, como por exemplo, Direitos Humanos, Prática de Pesquisa, Psicologia Social, Psicopatologia, Tópicos e Práticas Integrativas e outras disciplinas que teriam maior conexão para dialogar sobre a ética antimanicomial, tanto em uma perspectiva histórica quanto contemporânea.

Instituições Ensino Superior (IES) Analisadas	Escola Superior da Amazônia (ESAMAZ)
Porcentagem de disciplinas que abordam o tema no curso de Psicologia	Não constam*
Disciplinas que abordam o tema no curso de Psicologia por IES	Não constam*

*As ementas das disciplinas estão ocultas para uma análise mais detalhada

Instituições Ensino Superior (IES) Analisadas	Faculdade Mauricío de Nassau
Porcentagem de disciplinas que abordam o tema no curso de Psicologia	52,38%
Disciplinas que abordam o tema no curso de Psicologia por IES	Ciência e Profissão, Saúde Coletiva, Teorias e Sistemas, Comportamento e

	Sociedade, Psicologia da Personalidade, Psicologia Social, Processos e Fenômenos Psicológicos, Fundamentos da Psicanálise, Métodos de Pesquisa, Neurofisiologia, Psicologia: Processos, Aprendizagem e Inteligência, Tópicos Integradores I, Ética e Cidadania, Métodos e Técnicas Psicoterápicas, Ética e Psicologia, Fenomenologia e Existencialismo na Clínica, Pessoa com Deficiência, Psicopatologia, Psiquiatria Básica, Psicoterapia Infantil, Prática Integrativa I, Psicologia Hospitalar, Psicologia Jurídica, Psicofarmacologia, Tópicos Integradores II, Prática Integrativa II, Psicologia das Relações Familiares, Aconselhamento Psicológico, Orientação Profissional, Psicossomática, Psicodiagnóstico, Intervenção em Crise, Tópicos Integradores III.

Instituições Ensino Superior (IES) Analisadas	Universidade da Amazônia (UNAMA)
Porcentagem de disciplinas que abordam o tema no curso de Psicologia	52,38%
Disciplinas que abordam o tema no curso de Psicologia por IES	Ciência e Profissão, Saúde Coletiva, Teorias e Sistemas, Comportamento e Sociedade, Psicologia da Personalidade, Psicologia Social, Processos e Fenômenos Psicológicos, Fundamentos da

	Psicanálise, Métodos de Pesquisa, Neurofisiologia, Psicologia: Processos, Aprendizagem e Inteligência, Tópicos Integradores I, Ética e Cidadania, Métodos e Técnicas Psicoterápicas, Ética e Psicologia, Fenomenologia e Existencialismo na Clínica, Pessoa com Deficiência, Psicopatologia, Psiquiatria Básica, Psicoterapia Infantil, Prática Integrativa I, Psicologia Hospitalar, Psicologia Jurídica, Psicofarmacologia, Tópicos Integradores II, Prática Integrativa II, Psicologia das Relações Familiares, Aconselhamento Psicológico, Orientação Profissional, Psicossomática, Psicodiagnóstico, Intervenção em Crise, Tópicos Integradores III.

Instituições Ensino Superior (IES) Analisadas	Universidade Federal do Pará (UFPA)
Porcentagem de disciplinas que abordam o tema no curso de Psicologia	41,50%
Disciplinas que abordam o tema no curso de Psicologia por IES	Interfaces com as Ciências, Neuroanatomia, Neurofisiologia, Psicologia e Políticas Públicas, Psicanálise I, Estágio Básico I, Psicologia Social, Análise Institucional, Psicologia, Justiça e Direitos Humanos, Estágio Básico II, Psicologia do Desenvolvimento, Psicologia da Saúde, Psicopatologias, Psicologia da Aprendizagem, Estágio Básico III (saúde), Instrumentos de Avaliação em Gestão de Pessoas, Sociedades e Modos de Produção de Subjetividades Contemporâneas, Estágio Básico VI (CLI), Testes Psicológicos, Tópicos Temáticos I,

	Estágio Supervisionado I e II em Processos de Atenção à Saúde, Tópicos Temáticos II.

A UFPA apresenta 22 disciplinas do total de 53 na matriz curricular, o que equivale a 41,50%. A UNAMA e a Faculdade Mauricio de Nassau apresentam o mesmo percentual (52,38%) das disciplinas do curso que totalizam 63 (incluindo as optativas), ou seja, 33 possuem elementos de abertura para a abordagem da ética e humanização, ou discussões acerca da temática em tela. Quanto a ESAMAZ, devido seu site não disponibilizar as ementas das disciplinas não foi possível elaborar uma análise mais consistente a respeito.

CONCLUSÕES

Os percentuais encontrados indicam que das quatro instituições analisadas (que foi possível estabelecer os resultados quantitativos), elas aproximam ou ultrapassam o percentual de 50% das disciplinas, o que evidencia, de alguma maneira, que a formação do profissional da psicologia tem sido suficiente e coesa dentro de uma perspectiva institucional sugerida pelo MEC quanto a ética antimanicomial. Contudo, para uma averiguação mais exata da discussão aqui proposta, recomenda-se que seja feita uma nova pesquisa, preferencialmente incluindo o campo, de forma a produzir dados mais completos.

A proposta pensada para esta problemática é entrar em contato com as IES, portanto, que se pesquise junto às instituições de ensino superior, por meio de entrevistas com coordenadores, docentes e discentes e assim, seja viável uma discussão mais centrada na temática e direcionada na atuação dos acadêmicos em formação, utilizando mecanismos que auxiliem para essa conscientização teórica e prática da atuação do profissional, seja com palestras, debates em sala de aula, projetos de intervenção na comunidade, vivências em instituições que promovem o serviço em saúde mental e no plantão psicológico, no intuito de disseminar a conscientização de um olhar e intervenções mais humanizadas para as pessoas que são atendidas por tais serviços.

REFERENCIAS

Brasil. Lei n.º 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadores de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União 2001. 14 de Março, 2018.

BRASIL, Ministério da Educação. Resolução Nº 5, 15 de março de 2011. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em Psicologia, estabelecendo normas para o projeto pedagógico complementar para a Formação de Professores de Psicologia. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=7692-rces005-11-pdf&Itemid=30192> Acesso em 08 de abril, 2018.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA/CFP (2005) - RESOLUÇÃO CFP Nº 010/05 - Código de Ética Profissional do Psicólogo. PRINCÍPIOS FUNDAMENTAIS. Acesso em *05 de abril, 2018.* Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/07/codigo-de-etica-psicologia.pdf> Acesso em 08 de abril, 2018 ás 18:02.

COSTA; COLUGNATI E RONZANI. Avaliação de serviços em saúde mental no Brasil: revisão sistemática da literatura. Acesso em 14 de abril, 2018. Disponível em:<http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n10/1413-8123-csc-20-10-3243.pdf> Acesso em 14 de abril, 2018.

III CONGRESSO DE PSICOLOGIA: as diversas faces do cuidar.
De 26 a 28 de abril de 2018. Belém – PA/
HANGAR – Centro de Convenções da Amazônia
Volume 03 – ISSN: 2526-527X
CADERNO DE TRABALHOS COMPLETOS
http://revistas.unama.br/index.php/anaispsicologia/index

ADOLESCÊNCIA E O ATO INFRACIONAL: UM ESTUDO SOBRE A APLICABILIDADE E EFICÁCIA DE MEDIDAS SOCIOEDUCATIVAS.

TOLEDO, Luísa.
luisavrt@hotmail.com
ROMEIRO, Cristina de Nazaré
LIMA, Luciana.

INTRODUÇÃO

Pontua-se que apesar da criação das medidas socioeducativas propostas pelo Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA – 1990, nem sempre houve proteção especial e preocupação de viés jurídico às crianças e aos adolescentes, e em meados do Brasil Colônia não havia legislação destinada aos mesmos, sendo ignorados, excluídos e vivendo como grupo social marginalizado na sociedade.

Todo o aparato construído mediante a Constituição Federal de 1988 e do Estatuto da Criança e do Adolescente foram de fundamental importância para o cenário da juventude do Brasil, uma vez abriu margem para compreender os riscos e as situações de vulnerabilidade vividos pela maioria das crianças e adolescentes, conferindo-lhes direitos e privilégios que atenuam sua fragilidade pressuposta.

Conforme o ECA e a Constituição toda criança e adolescente, estando envolvidos ou não com a prática de atos infracionais, são igualmente destinatários da mais absoluta prioridade e da proteção integral por parte do Estado. Estes princípios objetivam assegurar os direitos fundamentais da criança e do adolescente com normas protetivas diferenciadas das aplicadas aos adultos.

Para Matos (2011), o princípio da proteção integral veio no intuito de tutelar os direitos das crianças e adolescentes. Dessa forma, proteção integral passou a ser a defesa, intransigente e prioritária, de todos os direitos da criança e do adolescente.

O princípio da proteção integral encontra-se positivado no art. 6º da Constituição, art. 1º e 3º do Estatuto da Criança e do Adolescente, que assim dispõem respectivamente:

> Art. 6º. São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social,

> a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição
>
> Art. 1º. Esta lei dispõe sobre a proteção integral à criança e ao adolescente.
>
> Art. 3º. A criança e o adolescente gozam de todos os direitos fundamentais inerentes a pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata a lei, assegurando-lhes, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, a fim de lhes facultar o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, em condições de liberdade e de dignidade.

O princípio da prioridade absoluta encontra-se positivado no artigo 227 da Carta Magna com previsão do artigo 227 e vem a ser ratificado no artigo 4º da lei 8.069/90 – Estatuto da Criança e Adolescente ao qual respectivamente assim dispõem (MATOS, 2011):

> Art. 227. É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança, ao adolescente e ao jovem com absoluta prioridade, direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e a convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão.
>
> Art. 4º.é dever da família, comunidade, da sociedade em geral e do Poder Público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária.

Desta maneira, com a referida Lei, crianças e adolescentes não praticam crime ou contravenção penal, mas sim ato infracional, visto que o Direito Penal reconhece que o desenvolvimento incompleto nas primeiras fases da vida é incompatível com a imputabilidade penal.

O Ato Infracional é o ato condenável, de desrespeito às leis, à ordem pública,

aos direitos dos cidadãos ou ao patrimônio público, cometido por crianças e adolescentes (ILANUD; ABMP; SEDUH; UNFPA, 2006).

Segundo o Estatuto da Criança e do Adolescente, em seu Artº 103, considera-se ato infracional a conduta descrita como crime ou contravenções penais. Contravenção penal é o ato ilícito de menos importância que o crime, o que só acarreta a criança e ao adolescente a pena de multa ou a reclusão simples.

O presente estudo terá enfoque nos atos infracionais cometidos por adolescentes, que correspondem à idade de doze a dezoito anos, considerando que crianças de até 12 anos que praticam ato infracional não podem ser responsabilizadas pelo mesmo, mediante o Artº. 105 do Estatuto da Criança e do Adolescente. Cabe-lhes receber as medidas protetivas, cujo tratamento pode ser estendido aos pais ou responsáveis. Tais medidas de proteção são de competência do Conselho Tutelar, que tem por função atender em primeira instância todas as situações de ameaça ou violação dos direitos garantidos no ECA.

Adolescentes que possuem entre doze e dezoitos anos de idade incompletos, diferentemente das crianças, serão responsabilizados e submetidos às medidas de finalidade social e educativa que podem ser mais rigorosas, como a privação de liberdade, de acordo com o Art. 112.

Entende-se por medidas socioeducativas como sendo medidas aplicáveis aos adolescentes autores de atos infracionais e estão previstas no Artº 112 do Estatuto da Criança e do Adolescente. Apesar de configurarem uma resposta à prática de um delito, apresentam um caráter predominantemente e universalmente educativo.

O Estatuto da Criança e do Adolescente constituiu um novo modelo de responsabilização referente aos direitos e deveres dos adolescentes infratores, tendo como propósito conscientizar o jovem acerca de suas capacidades através de um ensinamento pedagógico que possa lhe proporcionar uma compreensão correta das regras que são impostas em sociedade, proporcionando-lhes um crescimento pessoal e social.

Essas medidas serão aplicadas ao adolescente pelo Juiz da Infância e Juventude, considerando a natureza do ato infracional conforme gravidade, reincidência, ou não cumprimento de medida mais branda. Uma vez sentenciado, o adolescente será encaminhado ao programa socioeducativo estadual caso a medida socioeducativa estabelecida seja de meio fechado, ou ao programa socioeducativo

municipal, se a medida imposta for de meio aberto.

As medidas socioeducativas previstas no capítulo IV do Estatuto da Criança e do Adolescente dividem-se em Regime Aberto, às quais são restritivas de direito, sendo elas 1- Prestação de Serviço à comunidade; 2- Liberdade Assistida; 3- Reparação de Dano; 4- Advertência. E de Regime Fechado, que se caracterizam pela restrição de liberdade, pelo período máximo de três anos, como por exemplo, medidas de 5-internação ou internação provisória e 6- semiliberdade. Os adolescentes que se encontram cumprindo esta medida são autores de atos infracionais mais graves, como homicídios, porte ilegal de armas, tráfico de drogas.

De acordo com o ECA, a medida de Advertência trata-se da medida mais branda disciplinada no Art. 115, aplicada ao adolescente infrator. Dessa maneira, advertência consiste na repreensão verbal acerca do cometimento do ato infracional e de suas consequências social, que será reduzida a termo, assinada e aplicada pelo Promotor de Justiça ou pelo Juiz, considerada para efeitos de reincidências no julgamento de outros processos.

A medida socioeducativa de Reparar o Dano determina que o adolescente restitua os danos materiais causados pelo ato, que pode ser contra o patrimônio público ou às pessoas. O adolescente menor de 16 anos de idade é considerável inimputável, cabendo à responsabilidade aos seus pais ou responsáveis, em contrapartida, se tiver mais de 16 anos, a responsabilidade será solidária entre o adolescente e seus pais.

Cabe destacar que caso o adolescente infrator não consiga cumprir suas obrigações mediante a falta de condições de arcar com seus prejuízos, nada impede que a medida socioeducativa de obrigação de reparar o dano seja substituída por outra mais adequada à realidade do adolescente, conforme o parágrafo único do Art. 116.

> Parágrafo único. Havendo manifesta impossibilidade, a medida socioeducativa poderá ser substituída por outra adequada.

A Prestação de Serviços à Comunidade refere-se à promoção de serviços gratuitos que contribuam para órgãos de assistência a comunidade em geral, escolas, hospitais. A medida deve estar de acordo com a aptidão do adolescente para

promover tal ação, bem como deve ser livre de prejuízos para a sua rotina escolar, e devem ter sua aplicação de no máximo 8 horas semanais.

A medida de Liberdade Assistida tem prazo mínimo de seis meses e está voltada para uma readaptação do adolescente em seu meio, pois o mantém no convívio da família. Contudo, é uma medida que acompanhará o percurso escolar e familiar do adolescente, podendo incluí-lo no mercado de trabalho. Seu acompanhamento será feito por um responsável escolhido pela autoridade habilitada.

As medidas privativas de liberdade do Art. 120 e 121 do Estatuto submetem o adolescente a normas e regras de instituições, sem o seu convívio familiar ou com este fragmentado, podendo ser aos finais de semana ou quinzenalmente.

Constituem-se em Regime de Semiliberdade que em alguns casos se apresenta após o período de internação, como forma de abrandamento da medida e também como medida inicial, esta permite desempenho das atividades de rotina e recolhimento a unidade de internação.

Nesta medida socioeducativa é garantido ao adolescente socioeducando o convívio familiar, podendo este ter contato com seus familiares todo final de semana, caso eles residam no mesmo município onde o adolescente encontra-se internado ou então quinzenalmente caso morrem em outro município. É característico da medida que obtenha a fiscalização da rotina escolar e profissional, e implicação do adolescente à promoção de reintegração social deste.

A Internação tem seu viés pautado na *brevidade*, na *excepcionalidade* e *respeito* à condição peculiar de pessoa em desenvolvimento. Para Garcia (2009) a brevidade está no objetivo da autoridade jurídica e demais profissionais de viabilizar que o adolescente permaneça o mínimo tempo possível neste regime, buscando a progressão do mesmo sempre que possível. Para isso, é obrigatório a avaliação semestral da situação do adolescente visando o abrandamento de regime ou até mesmo da mudança de medida socioeducativa para restrição de direitos.

Com isso, o tempo de permanência na internação institucional deve ser de no máximo 3 anos, contando o tempo total de retenção do adolescente, ainda que tenha saído e reincidido no regime. Para Matos (2011, p. 34), atentar-se a violação de direitos, também inseridos na medida de internação, é uma forma de evitar que o adolescente não seja inserido num ambiente sem suporte adequado ao cumprimento da medida, e consequentemente insira-se em um viés de criminalidade e toxidade.

OBJETIVO

Realizar pesquisa de levantamento bibliográfico para coleta de dados de medidas socioeducativas que quando aplicadas, obtiveram maior satisfação na inserção do adolescente na sociedade e suas atividades, sendo medidas cumpridas em sua totalidade.

METODOLOGIA

Busca textual online na base de dados Google Acadêmico com as palavras ato infracional, medidas socioeducativas, eficácia. Foram selecionados artigos que apresentaram a análise da eficácia de aplicação de medidas socioeducativas aplicadas no Brasil e a frequência de sua aplicabilidade.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A eficácia das medidas socioeducativas se dá na proporcionalidade da introdução de aspectos sociais diversificados durante o seu cumprimento, assim, medidas mais eficazes são consideradas as que incluem acompanhamento médico, profissionalização do adolescente, atuação do Estado, bem como a sociedade como um todo, para acompanhamento e monitoramento do processo (MATOS, 2011, P. 45).

Dessa maneira as medidas socioeducativas que mais apresentam um nível de satisfação aos adolescentes socioeducandos são aquelas cumpridas em meio aberto, sem a privação de liberdade, sendo elas a Liberdade Assistida e a Prestação de Serviços à Comunidade.

Estas são consideradas mais eficazes, uma vez que oferecem maior oportunidade de reintegração junto à comunidade, bem como permite que o adolescente reflita sobre seus atos praticados, ocasionando em uma melhora do perfil do adolescente infrator.

A medida socioeducativa de prestação de serviço à comunidade é à medida que mais atende a todos os objetivos propostos, sendo eles a reintegração e inserção em ambiente profissional e familiar, além de contribuir para que o adolescente se sinta necessário e pertencente à sociedade.

Em se tratando de acertos, a medida de Liberdade Assistida é, por diversos fatores, a medida que possui maior condição de sucesso, em razão de que não priva

o adolescente socioeducando da convivência social e familiar, proporciona ainda o acompanhamento, auxilio, orientação e profissionalização do adolescente, abrindo espaço para sua inserção no mercado de trabalho.

Neste aspecto não nos restam dúvidas de que as medidas socioeducativas de privação de liberdade, como a internação é, por assim dizer, a maneira menos eficaz e mais cruel de aplicação das medidas socioeducativas, em razão de que o adolescente socioeducando é excluído de seu convívio familiar e social, restando-lhe apenas o contato com as regras das instituições, que na maioria das vezes passa por dificuldades para atender de forma digna os jovens infratores.

Estas unidades de internação na maioria das vezes encontram dificuldades na sua administração, e encontram-se problemas de superlotação e maus tratos aos adolescentes socioeducandos os quais nada contribui para ao seu progresso e reinserção em sociedade.

Os adolescentes internados sob essas condições desfavoráveis, quando obtém sua liberdade resgatada, podem voltar a cometer outros delitos. Dessa maneira o regime que deveria ser positivo pode vir a causar influências desastrosas em seus internados.

CONCLUSÃO

Adolescentes autores de ato infracional devem ser responsabilizados por sua conduta e para isso devem cumprir as medidas socioeducativas. Ao aderir as medidas de privação de liberdade, pode-se perceber as deficiências que se apresentam também no sistema penitenciário destinado a adultos, como recursos desgastados ou insuficientes e uma estrutura que não corresponde à demanda de lotação dos adolescentes, isso resulta assim na ineficácia da medida já que não corresponde a expectativa proposta em sua lei promulgadora.

Assim, as medidas socioeducativas cumpridas em meio aberto apresentam um maior nível de eficácia em sua execução. Isso porque permite o contato do adolescente com a responsabilização e outros aspectos que lhe permitem potencializar o respeito e a noção de convivência social (MATOS, 2011.p.49).

Assim, as medidas de Prestação de Serviços à Comunidade e Liberdade Assistida são obtidas como mais eficazes pois promovem interação com o meio e

reflexão dos atos por parte dos adolescentes. A medida de Liberdade Assistida se apresenta como a mais eficaz, pois atua na vivência do adolescente e provoca mudanças, sem retirá-lo do meio familiar, e requere a inserção do jovem na escola e em atividades que diminua a probabilidade de envolvimento em outros tipos de transgressão às leis.

As medidas que privam a liberdade submetem os adolescentes às regras não pertencentes à sociedade, mas unicamente às regras da instituição no qual estará cumprindo a medida.

REFERÊNCIAS

Coordenadoria Estadual da Infância e Juventude – Estatuto da Criança e do Adolescente – Lei Federal 8069/1990 atualizada pela Lei nº13.436, de 12 de abril de 2017- Edição 2017 TJPA.

ILANUD; ABMP; SEDUH; UNFPA (orgs.). Justiça Adolescente e Ato Infracional: socioeducação e responsabilização. São Paulo: ILANUD, 2006.

MATOS, Priscila. Aplicabilidade e eficácias das medidas socioeducativas impostas ao adolescente infrator. Curitiba, UTP, 2011.

GARCIA, Lucyellen Roberta Dias. A medida socioeducativa de internação e suas nuances frente ao sistema protecionista preconizado pelo Estatuto da Criança e do Adolescente e a realidade social. In: Âmbito Jurídico, Rio Grande, 2009. Disponível em:. Acesso em: 26 abr. 2018.

III CONGRESSO DE PSICOLOGIA: as diversas faces do cuidar.
De 26 a 28 de abril de 2018. Belém – PA/
HANGAR – Centro de Convenções da Amazônia
Volume 03 – ISSN: 2526-527X
CADERNO DE TRABALHOS COMPLETOS
http://revistas.unama.br/index.php/anaispsicologia/index

A POESIA COMO UM POSSÍVEL EXPERIMENTO NO CONTEXTO CLÍNICO A PARTIR DA PERSPECTIVA DA GESTALT-TERAPIA: UM ESTUDO PRELIMINAR

JUNIOR, Dorivaldo Pantoja Borges
BRANDÃO, Cíntia Lavratti

INTRODUÇÃO

A relação da Gestalt-Terapia (daqui em diante, mencionada como GT), com expressões artísticas vai além do envolvimento dos seus precursores com tais manifestações. Relações com aspectos de criatividade e processo criativo são parte do que é básico na abordagem teórica, aspectos esses que serão atenuados a diante. Ao falarmos em GT, falamos sobre uma visão de homem e de mundo. Essa abordagem psicológica entende o homem como uma unidade com o meio onde está inserido, de onde faz parte. Adota-se, portanto, um olhar de “ser no mundo”. Partindo disso, esse indivíduo que está no mundo, mantém trocas com ele, agindo e recebendo as repercussões de suas ações.

É interessante pontuar que, esse sujeito que age sobre o mundo, é movido por excitações, por suas necessidades. Então, partindo de um contexto de necessidade, a pessoa mobiliza sua existência para a realização do que é solicitado. Essa mobilização à vida, é entendida como um ajustamento criativo, mecanismo da autorregularão organísmica. Embora a GT configure esse conceito como comum a todas as pessoas, algumas possuem uma certa dificuldade nesse processo, visto que é recorrente, em suas questões existenciais, o cliente tomar posturas impessoais acerca de si mesmo. Vale ressaltar: todo ajustamento, por si só, é criativo, visto que solicita uma mobilização ao sujeito. Contudo, nem todo ajustamento assume um caráter funcional para com a existência daquela pessoa. Sendo assim, é comum no âmbito psicoterápico, que o cliente venha de um recorrente contexto de ajustamentos conservativos e posturas carregadas de disfuncionalidade.

Partindo disso, para o trabalho com o cliente, há um grande acervo de ferramentas para a promoção de contato, os experimentos clínicos (também explorados melhor posteriormente). E, como a GT tem a marca da criatividade até mesmo no fazer clínico, a abordagem é aberta à inovação, contudo que esse novo não seja discrepante às suas bases epistemológicas. O que é justamente o que instiga

este artigo: a possibilidade de inserção da poesia nesse contexto, como uma ferramenta inovadora e útil no processo de resgate da funcionalidade desse cliente, cujos ajustamentos criativos não atendem à necessidade real e dominante de sua existência.

CRIATIVIDADE EM GESTALT-TERAPIA

Durante a pesquisa acerca desse conceito tão importante para a compreensão de sujeito da GT, a definição feita por Zinker (2007) se mostrou de uma colocação incrível:

> A criatividade é a celebração da grandeza de uma pessoa, a sensação de que ela pode tornar qualquer coisa possível. A criatividade é a celebração da vida. É uma declaração ousada: eu estou aqui! Eu amo a vida! Eu me amo! Posso ser qualquer coisa! Posso fazer qualquer coisa! (p. 15)

Empoderamento, criatividade traz ao sujeito, em seu desenvolvimento, empoderamento. Isso se mostra claramente na definição acima. O sujeito, em sua existência, deve ser criativo, se apropriar de suas questões e, a partir disto, fazer seu caminho de maneira ousada e espontânea, vivendo a partir de sua grandeza, como menciona o autor.

Entende-se que esse posicionamento em relação a vida – o de se fazer caminhando – possui relação com uma das bases filosóficas adotadas pela Gestalt-Terapia: o existencialismo. O ser humano é compreendido como um sujeito capaz de construir e reconstruir a si mesmo a partir do intercambio mantido entre o eu e o seu meio. A constituição do sujeito não se torna produto, mas processo contínuo que se dá nessa relação ser no mundo. E como essa existência se dá numa relação processual, para a GT, criatividade é primordial nessa questão, visto que é sendo criativo, que o sujeito se livra de pressões e condicionamentos vindos do ambiente (os efeitos dessas pressões serão mencionados mais à frente), o sujeito, portanto, tem sua experiência alargada. Dessa forma, não entendemos o indivíduo isoladamente, mas se assumindo relacional para com o campo ou sistema de onde manterá trocas criativas. Pontua-se criativa, pois toda troca traz algo novo àquela existência (Ciornai, 1995).

Embora sejam apresentados os dois participantes dessa relação – o ser e o mundo – nenhum dos dois está completamente constituído, nem o sujeito, nem o mundo, visto que o contato entre os dois gera essa novidade que irá tanto integrar a existência do sujeito que age sobre o mundo, quanto o meio que participa na constituição do sujeito. É interessante levantar que esse fluxo deve seguir contínuo, o que tornará a existência do indivíduo saudável.

O que foi supracitado possui muita relação com a Teoria Organísmica, uma outra base da GT. Em síntese, a colaboração feita por ela diz respeito à mobilização feita pelo sujeito frente a uma necessidade. Por exemplo, em um contexto de necessidade, é solicitado ao sujeito que seja tomada uma postura frente à situação. A partir disso, o indivíduo pode se mobilar a realização da necessidade ou pode, se alienar a si mesmo, não fazer contato e, com isso, não satisfazer a necessidade real e dominante do seu organismo. Nesse segundo caso, chamados essa escolha de posicionamento, de ajuste conservativo. É preciso pontuar, todo ajustamento por si só é criativo, visto que exigem do indivíduo uma postura. Mesmo no caso de posturas conservativas, a GT enxerga como a possibilidade que o sujeito encontrou para se ajustar. Portanto, a pessoa escolhendo ou evitando manter contato, tenta se ajustar e se adaptar ao meio.

Agora, trazendo essa concepção para o contexto clínico, se observa que o mesmo é extremamente atravessado pelo que foi citado acima. O consulente chega ao processo terapêutico carregado de situações inacabadas, junto a uma história repleta de posturas disfuncionais para com a sua existência. É no âmbito clínico que o sujeito poderá remontar sua história, manter contato com as demandas que estão impedindo-o de se desenvolver e, finalmente seguir em funcionalidade, em posturas espontâneas em sua vida. Então, partindo dessa premissa de que criatividade é postura, um perfeito diálogo com o que Zinker (2007) traz se mantém quando diz que “A criatividade não é somente concepção; é o ato em si, a realização do que é urgente, do que exige ser anunciado” (p.15).

E justamente aí que o manejo da Gestalt-Terapia entra, o terapeuta precisa colaborar na expansão de consciência, ou awareness do cliente para que ele possa ampliar as suas possibilidades de vida e, com isso, seguir em um ritmo funcional. Esse terapeuta, no exercer do seu trabalho, parte da ideia de que, como aponta Ciornai (1995), criatividade é saúde. E nessa essa missão, a clínica gestáltica se posiciona

como aberta à inovação de práticas no objetivo de fazer com que o sujeito faça contato com o que lhe dificulta a adaptação ao meio: os experimentos clínicos, alternativas de trabalho que marcam a práxis gestáltica. Essas ferramentas se mostram muito ricas no fazer clínico e serão mencionadas no próximo ponto.

A PRESENÇA DOS EXPERIMENTOS NO CONTEXTO CLÍNICO

A Gestalt-Terapia se caracteriza como uma abordagem experimental, visto que se valoriza a experiência, o vivido. No contexto clínico não é diferente, já que a clínica gestáltica é puramente aberta à inovação no trabalho (como já mencionado no tópico anterior). Ou seja, o fazer gestáltico por si só, é criativo, partindo da ideia de que há uma ampla variedade de possibilidades no trabalho terapêutico, possibilidades essas que podem ser ampliadas no percurso terapêutico (Ciornai, 1995).

Retomando o que foi dito anteriormente, sobre o estado que o consulente chega ao consultório, cheio de situações inacabadas causadas por ajustamentos criativos disfuncionais, deve-se entender que, acerca de muitos elementos do seu campo, o cliente não possui conhecimento. Necessitando estar consciente de suas influências. Partindo disso, no setting terapêutico, objetiva-se o contato e a ampliação de Awareness do sujeito que se encontra empacado no seu desenvolvimento. Para isso, o Gestalt-terapeuta conta os experimentos clínicos nessa tentativa de esclarecimento.

Em seu livro *Introdução à Gestalt-Terapia*, Hugo Elídio Rodrigues (2009) traz dois pontos acerca dos experimentos cínicos. Primeiro, através deles, podemos conduzir o consulente à experiência que se encontra além do “falar sobre”, mas procura-se ampliar o conhecimento do cliente a respeito das forças que atuam sobre o seu campo (p.83). Posteriormente, o autor traz que a utilização dos experimentos pode auxiliar na concretização da experiência no aqui e agora e, a partir disso, possibilitando uma implicação no processo terapêutico (p.85). Ora, se a Gestalt-Terapia possui como marca ser uma terapia de contato e, como todo processo de contato, por mais que seja necessário, é árduo ao ponto de o consulente não conseguir o fazer, práticas onde se pode utilizar mais do que a fala são de extremo valor e necessidade.

Zinker (2007) também diz acerca dessas práticas:

> O experimento é pedra angular no aprendizado experiencial. Ele transforma o falar em fazer, as recordações estéreis e as teorizações em estar plenamente presente aqui, com a totalidade da imaginação, da energia e da excitação. Por exemplo, ao reviver em ato uma antiga situação inacabada, o cliente é capaz de compreendê-la com mais riqueza e completar essa vivência com os recursos de sua nova sabedoria e entendimento da vida (p. 141-142)

O fazer clínico gestáltico é diferenciado e criativo através de recursos assim. Podendo-se trabalhar desde sonhos, a dramatizações de certas situações. Contudo, embora a clínica mencionada aqui seja receptiva ao inovador, nenhuma das novidades agregadas pode ser discrepante às bases epistemológicas da abordagem, tudo o que se fizer no contexto clínico deve se apresentar congruente à visão de homem e de mundo da Gestalt-Terapia.

A partir dessa abertura supracitada, muito do trabalho em GT utiliza do lúdico, do expressivo e do artístico. E esses aspectos têm contribuído muito no fazer clínico, deixando o exercer mais rico e vasto de possibilidades. A partir de tais ferramentas, o sujeito se conhece melhor, se apropria de sua condição existencial para, a partir do aprendizado experiencial, desenvolver um auto suporte.

Acerca do manejo desses experimentos, o primordial é reconhecer o seu momento certo de inserção, já que tratamos de uma possibilidade de facilitação de contato. Portanto, não se utiliza experimentos simplesmente por utilizá-los. Cabe ao terapeuta, através da relação terapêutica, identificar se o recurso é necessário ou não naquele momento.

AS CONTRIBUIÇÕES DA ARTE NO FAZER CLÍNICO

Em seu livro *Arte e Gestalt: Padrões que Convergem*, onde é pontuada a criança como um exemplo de gestaltista, Janie Rhyne (2000) relata:

> Para mim, escolho uma variedade de caminhos; entretanto o mais eficiente é usar materiais de arte para fazer imagens que me permitam redescobrir não somente algo da sabedoria simples e ingênua da criança que fui, mas

> promover-me com fantasias visuais que evoquem associações, ressonâncias e insights que estão ao meu dispor se eu apenas me der um tempo para percebê-los. Se fizer um desenho de minhas fantasias, posso vê-las, posso ler minhas mensagens, posso aprender; posso integrar minha infância passada com o meu presente e com visões do meu futuro. (p.39)

É nítida a importância que a manifestação artística acaba tendo na vida da autora, e como ela aponta ser uma maneira de se entrar em contato com tantas questões pessoais, como, de certa forma, esse caminho artístico – também criativo – ajuda no contato na elaboração de situações e de identificação de necessidades reais.

Nessa mesma perspectiva, acerca do processo criativo, Zinker (2007) traz que criatividade é contato, contato com o que há de mais profundo e íntimo do indivíduo, desde suas doçuras, fantasias e etc. A questão aqui diz sobre aquele sujeito que mantém contato debilitado consigo, e a partir disso, se lança à relação com o outro, uma relação também prejudicada. Esse sujeito perdeu sua espontaneidade, sua criatividade. Ele se encontra empacado no seu desenvolvimento, necessitando estabelecer um contato genuíno com suas reais necessidades. E, segundo o que Rhyne (2000) mencionou, e que foi destacado acima, a arte é caminho de busca dessa criatividade, através da reflexão a partir da criação artística.

Se criatividade – através da lente adotada para a reflexão desse artigo – é saúde, seria muito benéfico e rico instigar essa criatividade também de maneira criativa. Zinker (2007), em sua vivência artística, traz o processo de criação como um momento de reflexão a partir da criação. O autor parte da premissa de que criador e criação não se dissociam e, sendo assim, nesse movimento de projeção de questões internas, em uma superfície, o consulente é convidado a enxergar a situação como uma totalidade maior, sentido muitas vezes, esclarecimento e completude.

Ambos os autores afirmam a prática criativa como uma alternativa eficaz no resgate de uma existência fluida, saudável e vivida no aqui e agora, voltando ao exemplo da sabedoria infantil adotada por Rhyne (2000). Uma existência recheada de contato e, já que o processo de contato é trabalhoso, muitas vezes doloroso, as contribuições de arte terapia giram em torno de facilitar esse processo, visto que seus

efeitos são suavizadores e potencializadores no momento de elaboração de diversas situações, situações traumatizantes, muitas das vezes.

Arte e expressão artística é característica inerente ao humano. O processo de criação acaba sendo uma forma de existir. Pode-se fazer uma analogia à concepção de ser-no-mundo, já mencionada anteriormente. Esse conjunto – vasto conjunto, por sinal – de expressões artísticas é uma maneira de agir sobre o meio onde vivemos e, a partir dessa mobilização, reflexões acerca da materialização d que há de mais profundo no sujeito são possíveis de acontecer.

Como já proposto, a variabilidade das possibilidades de expressão é vasta, mas é a poesia, como uma forma de criação, que é o foco dessa pesquisa, uma modalidade artística característica, cuja integração no contexto clínico pode ser de uma contribuição rica.

A POESIA COMO UMA POSSÍVEL FERRAMENTA DE TRABALHO

> O poema é uma invenção, não existe antes de ser feito. A poesia é uma espécie de aventura para capturar coisas que não existem.
>
> Ferreira Gullar

Por que a poesia? Seria ela tão diferente de qualquer outra manifestação de escrita? Por falarmos em um texto literário, ou seja, de uma escrita cuja constituição tem por objetivo provocar emoções, estamos pensando acerca de uma forma diferenciada de se sinalizar questões do humano, demandas existenciais.

O fragmento menciona a criação de uma poesia como uma jornada em busca do que não se apresenta no campo do indivíduo. Como mencionado no capítulo sobre experimentos, nem tudo que influencia a existência de um indivíduo é de conhecimento do mesmo. E, nesse caminho para tomar consciência de seus aspectos conflitantes, nem sempre o consulente suporta, através de uma verbalização oral, elaborar estas questões. Criar, neste caso, seria circunscrever uma demanda, vivenciá-la e a partir do que foi projetado no papel, refletir, o que poderia entendido como “se escutar” em um processo terapêutico comum.

Então, respondendo à pergunta central: “Por que a poesia? ”. A partir do levantamento feito, observa-se a poesia – sendo uma configuração textual cuja constituição tem muito da função emotiva da linguagem, utilizando do aspecto privado

do sujeito, questões do que é “meu” do que diz respeito do “eu” – como ferramenta em potencial no processo de apropriação existencial, em se responsabilizar pelas escolhas.

Ademais, devido a permissão ao uso de figuras de linguagem, ou seja, de artifícios para compor de determinados sentidos e significados o texto, com o objetivo de reverberar em quem lê, um ou mais entendimentos. Por exemplo, é comum a utilização de metáforas – figura de linguagem utilizada em comparações mais abstratas – nos poemas. Portanto, a utilização da ferramenta permite ao cliente liberdade para usar de sua imaginação, traz a possibilidade de simbolizar a experiência e, como mencionado acerca da prática artística, potencializar o cliente e suavizar o processo. Ciornai (2004) traz isso ao afirmar que, trabalhos deste cunho. Possibilitam autoconhecimento, autoestima, combate a situações traumáticas e sintomas e recursos para a construção do auto suporte.

Perls, Hefferline e Goodman (1997), na publicação considerada como pedra angular na Gestalt-Terapia, separam um capítulo inteiro para afirmarem esse aspecto poético como parte da abordagem, eles trazem que:

> Logo, na poesia – onde o ato de falar tem de ser o portador de toda a realidade – a vitalidade da fala é acentuada: ela é mais rítmica, mais precisa, mais plena de sentimento, mais plena de imagens etc.; e, o que é mais importante, um poema tem um começo, um meio e um fim; ele acata a situação. (p. 132)

Além disso, os autores trazem três dimensões da fala: o Eu, o Tu e o Isso. Também reforçam a importância desses no processo de reconhecimento. Ou seja, quando se está perante essa ferramenta, é importante estabelecer quem fala, o que se se fala e, para quem se fala, todos na realidade atual do poeta (cliente). Esses níveis – que dizem respeito desde a aspectos aparentes, até situações verbais inacabadas ou repetidas – fazem com que a poesia seja uma opção de instrumento, uma forma refinada de arte, como afirmam os autores.

Como qualquer experimento, a poesia será usada em um contexto de dificuldade no contato e na apropriação existencial, ou seja, a ferramenta não se mostra como resposta absoluta, mas como um artificio a instigar o contato. Contudo, segundo Perls, Hefferline e Goodman (1997), “essa atividade por vezes avança a tal

ponto que o poeta finalmente é forçado a confrontar os problemas de vida que não pode resolver somente por meios artísticos". (p. 134)

Sendo assim, a poesia se mostra uma alternativa poderosa nesse processo de resgate a criatividade, visto que ela permite o consulente a dar esse salto criativo através da aprendizagem experiencial e, com isso, ter clara a visão do que é figura em sua existência, ter conhecimento de sua necessidade verdadeira e, a partir disso, como diz Ciornai (2004), ser autor de sua própria história.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

São vastas as formas que o indivíduo dispõe para se manifestar, para comunicar suas necessidades. Se partirmos desta premissa, não seria proveitoso poder utilizar dessas variadas formas de expressão para compreender a dinâmica psíquica de uma pessoa? E mais: não seria benéfico dispor desse conhecimento para ajudá-la no autoconhecimento e superação de suas dificuldades? Processos de criação são inerentes à condição humana. É assim que seguimos nos adaptando ao ambiente, sendo criativos.

Como exposto na presente pesquisa, arte acaba tendo impactos muito positivos quando usadas no processo terapêutico. Não importa a modalidade artística, elas contribuem no empoderamento do sujeito. É interessante o que dois dos autores citados no trabalho trazem sobre isso, sobre a arte ser comum às pessoas, visto que "todos somos artistas", segundo Zinker (2007) e, "personalidades diferentes descobrem quais meios de arte parecem ser mais naturais para elas", como menciona Rhyne (2000). Ou seja, o humano é artista, é diverso e, pode assumir postura de autoria em sua história.

Portanto, cada processo terapêutico será único. A poesia, como apresentada neste levantamento, é apenas uma das diversas possibilidades de se proporcionar saúde, de enriquecer o fazer clínico de uma Gestalt-Terapia cada vez mais criativa. Sendo assim, o presente trabalho assume um caráter de estudo preliminar, sinalizando a importância e a necessidade de mais estudos a respeito.

PALAVRAS–CHAVE: Poesia; Gestalt-Terapia; Criatividade; Experimento.

REFERÊNCIAS

RODRIGUES, Hugo E. Introdução à Gestalt-Terapia. Vozes, 2009.

ZINKER, Joseph. Processo Criativo em Gestalt-Terapia. Summus, 2007.

RHYNE, Janie. Arte e Gestalt: padrões que convergem. Summus, 2000.

CIORNAI, Selma. Percursos em arteterapia: arteterapia gestáltica, arte em psicoterapia, supervisão em arteterapia. Summus, 2004.

PERLS, F. HEFFERLINE, R. GOODMAN, P. Gestalt-Terapia. Summus, 1997. Cap. 7.

SILVA, Mariane Coimbra. CARVALHO, E. M. LIMA, R. D. Arteterapia Gestáltica e suas relações com o processo criativo. Revista IGT na Rede, v. 10, n. 18, p. 18-36, 2013.

CIORNAI, Selma. Relação entre criatividade e saúde na Gestalt-terapia. Revista do I Encontro Goiano de Gestalt-terapia, v. 1, p. 72-75, 1995.

III CONGRESSO DE PSICOLOGIA: as diversas faces do cuidar.
De 26 a 28 de abril de 2018. Belém – PA/
HANGAR – Centro de Convenções da Amazônia
Volume 03 – ISSN: 2526-527X
CADERNO DE TRABALHOS COMPLETOS
http://revistas.unama.br/index.php/anaispsicologia/index

PROCESSO DE PROMOÇÃO E PREVENSÃO DA SAÚDE NA SALA DE ESPERA DO AMBULATÓRIO DE UM HOSPITAL GERAL: ATIVIDADE PSICOEDUCATIVA

LEBREGO, Arina Marques
MOTA, Camile Pantoja Mota
CASTRO, Danilo Costa de
VICENTE, Júlia Michie Koyama
SILVA, Maria de Lourdes Amaral da

PALAVRAS CHAVES: Autocuidado; Sala de espera; Psicoeducação.

INTRODUÇÃO

O ambiente hospitalar caracteriza um espaço de diversidade e de necessidade de constantes estratégias de manejo que viabilizem, sobretudo, a promoção da saúde mesmo diante do adoecimento.

Mota (2006) constata que é necessário nesse espaço valorizar aspectos qualitativos individuais dos usuários mesmo que ali seja quase sempre um lugar de desesperança e desolação. Transitar nesse local, especificamente na sala de espera do ambulatório, permite identificar pessoas com demandas de afastamento da família, do trabalho, das suas atividades cotidianas já que muitos são provenientes de outras localidades implicando em momentos de desamparo, angustia e sofrimento para esses sujeitos.

Refletir acerca de ferramentas que construam novos sentidos de assistência voltados para o suporte afetivo e informativo nos espaços hospitalares, como a sala de espera, possibilita o fomento de atividades de autocuidado.

De acordo com Alcântara et al. (2013), a Sala de Espera é um espaço com grande rotatividade e heterogeneidade, com pacientes e acompanhantes de diferentes faixas etárias, realidades socioeconômicas e locais de origem, com demandas e fases do tratamento também distintas. Exigindo assim que o profissional tenha um manejo técnico e sensibilidade para proporcionar o acolhimento das muitas demandas presentes e a exposição e elaboração dos sentimentos que estejam causando desconforto naquele momento.

A sala de espera também é onde se efetua o cuidado humanizado e a aproximação entre a comunidade e o serviço de saúde. Já aponta Rodrigues (2009, p. 103) “é na sala de espera que os profissionais da área da saúde têm a oportunidade de desenvolver atividades que extrapolem o autocuidado, como a educação em saúde, auxiliando na prevenção de doenças e na promoção de saúde, além de construir-se em uma forma de humanizar, os muitos burocratizados, serviços prestados. “

Por diversas ocasiões os pacientes chegam na sala de espera atordoados acerca de suas consultas, exames, doenças, cirurgias e diagnósticos. E isso os deixam muitas vezes ansiosos, angustiados e estressados. Por isso, nesse ambiente, o papel do psicólogo vai ser o de fazer um atendimento brevio proporcionando uma escuta empática, um acolhimento que proporcione ao usuário e até mesmo ao acompanhante um espaço para poder falar de suas angustias, medos e sofrimento e fazer encaminhamento para outros serviços que se adequem as demandas apresentadas pelo usuário.

Dessa forma, fazer Psicoeducação de acordo com Lemes & Neto (2017) é uma estratégia que interliga os mecanismos da psicologia e os da pedagogia com o intuito de auxiliar o usuário e os acompanhantes sobre o processo de adoecimento, tanto físico, quanto psicológico, como também sobre o devido tratamento a ser seguido. Ressaltando que a Psicoeducação pode ser empregada em múltiplas problemáticas que vão de acordo com o local e o público, pois não se tem apenas um ambiente específico na qual o Psicoeducação possa ser utilizada.

Com isso, será viável desenvolver uma atividade que tenha como objetivo a instrução sobre o autocuidado, tendo em vista a conscientização acerca da prevenção e promoção da saúde.

OBJETIVO

Analisar como a Psicoeducação auxilia no processo de prevenção e promoção de saúde na sala de espera de um ambulatório geral. Além disso, constatar a importância do Psicólogo hospitalar em sua atuação nesse ambiente.

METODOLOGIA

Realizado um projeto de Psicoeducação na sala de espera do ambulatório da Fundação Hospital das Clínicas Gaspar Viana (F.H.C.G.V), localizado em Belém do Pará, sendo referência em todo Norte e Nordeste nas especialidades de Nefrologia, Cardiologia e Psiquiatria.

No espaço trabalhado, transitam em média 100 a 150 pessoas/dia de todas as faixas etárias, recebendo atendimento nos três turnos, sendo eles manhã, intermediário e tarde. O trabalho é resultado da realização de uma pesquisa-ação como método de investigação, baseado na autorreflexão coletiva com todos os pacientes desse espaço, compreendendo o auto cuidar, a importância da adesão ao tratamento no processo de saúde-doença, a promoção de saúde e a prevenção de doenças.

Nesse sentido, e com base nas pesquisas bibliográficas sobre o assunto, foi realizado um *Quiz* com perguntas relacionadas aos temas “Qualidade de vida”; “Hábitos saudáveis”; “Família” e “Emoções” discutidos e defendidos em supervisão com a preceptora. Os temas escolhidos não focam em uma determinada especialidade e/ou ensinamentos sobre o processo de tratamento e sim, para trazer a reflexão de forma subjetiva para cada paciente da sala de espera além da interação/participação, na tentativa de minimizar essa angustia.

Foram realizadas as seguintes perguntas e uma breve explanação de cada tema:

1- É possível ter qualidade de vida mesmo com uma doença?

Bem-estar espiritual, físico, psicológico, social e mental são importante quando falamos em qualidade de Vida. É necessário se sentir bem com você mesmo. Cada um deve procurar estratégias saudáveis para contribuir no seu estilo de vida. É possível ter saúde mesmo estando doente

2- Hábitos saudáveis auxiliam no tratamento?

Para um indivíduo ter uma boa qualidade de vida é importante buscar os hábitos saudáveis. Eles nunca devem ser feitos de forma eventual, mas sim com frequência e preferencialmente durante toda a sua vida. É muito importante seguir as orientações do seu médico ou profissional da saúde quanto a medicação, alimentação, prática de exercícios e outros cuidados.

3- A participação da família é importante nesse processo de cuidado?

O termo família é denominado e conhecido como um grupo de pessoas normalmente ligado por relações de afeto ou parentesco. A participação familiar é fundamental no processo de cuidado. Precisamos entender que família não é apenas de sangue, os vizinhos, os amigos, o(a) parceiro(a), também podem ser considerados como parte da família

4- As emoções influenciam no processo de adoecimento?

As emoções fazem parte das nossas vidas. E que emoções são essas? Medo, raiva, nervosismo, tristeza, esperança, confiança, amor, etc...

Para desenvolvimento, foi utilizado uma linguagem simples, recursos áudio visuais (TV, microfone, caixa de som e notebook) utilizando slide ilustrativo descrevendo a atividade e como estímulo da participação dos usuários, foi repassado um cartão com duas faces nas cores verde e vermelha. A cor verde representava a concordância com o tema exposto e o vermelho representava a não concordância.

Após cada pergunta, eles respondiam de forma subjetiva se concordavam (mostrando a face verde) ou se discordavam (mostrando a face vermelha). O projeto foi realizado pelos alunos do 9° semestre do curso de Psicologia da Universidade da Amazônia (UNAMA), em estágio supervisionado da disciplina Psicologia da Saúde I na F.H.C.G.V.

Com a aprovação da preceptora e do enfermeiro chefe do ambulatório, o projeto foi realizado, transformando o espaço da sala de espera um lugar mais acolhedor e humanizado.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Diante do exposto, percebeu-se que a Psicoeducação na sala de espera é uma experiência enriquecedora, para os estagiários, usuários e os demais profissionais da saúde, pois possibilitou refletir a respeito de diversos fatores que norteiam o processo de saúde-doença e autocuidado.

Tendo em vista o que foi exposto acima, para Silva e Kruel (2012) os usuários e acompanhantes não procuram o ambulatório para serem vistos por um profissional de psicologia. E por conta disso, os usuários podem se surpreender com a assistência do psicólogo e a oportunidade de receber uma escuta qualificada às suas demandas. Tal surpresa tende a ser bem aceita pelos pacientes, mas ainda é um desafio para a psicologia encontrar o seu lugar nos atendimentos ambulatoriais.

Segundo Romano (1999), “A Psicoeducação na sala de espera é um modo produtivo de ocupar o tempo ocioso nas instituições de saúde, possibilitando o desenvolvimento de processos educativos, bem como a interação do conhecimento popular com os saberes dos profissionais. ” Notou-se ainda, que a sala de espera do ambulatório é um local onde se pode investir em estratégias que auxiliem os sujeitos, deixando assim esse ambiente mais humanizado e receptivo.

Enfatizando o que foi supra mencionado, para Veríssimo e Valle (2006, apud Alcântara et al.,2013) as ações efetuadas na sala de espera são uma maneira favorável de preencher um tempo ocioso nas instituições, transformando os períodos de espera em momentos mais produtivos através da aplicação de processos educativos como a Psicoeducação e da troca de experiências comuns entre os usuários e acompanhantes, possibilitando um acolhimento e ocupação do tempo ocioso, proporcionando um maior contato entre o usuário, acompanhante e a equipe de saúde.

Onde se pode intervir nas mais diversas demandas escutando, acolhendo e encaminhando para outros serviços. Teixeira e Veloso (2006, *apud* Alcântara et al., 2013) consideram a sala de espera um espaço dinâmico, onde acontecem diversos fenômenos psíquicos, culturais, singulares e coletivos.

Desta forma, a atividade do *Quiz* possibilitou a interação com os pacientes garantindo informação e fomentando a autoresponsabilização, ou seja, o seu protagonismo no processo de cuidado na relação saúde-doença. Também, significou um importante instrumento de intervenção nesse espaço de pouca vivência profissional e acadêmica que é a sala de espera da F.H.C.G.V e possibilitou contemplar a teoria aplicada na prática no contexto hospitalar.

A adesão das pessoas à atividade foi notada de forma significativa, mesmo que inicialmente os usuários demonstrassem estranheza e pouco interesse, à medida que a atividade prosseguia, a postura dos mesmos se modificava para uma forma ativa, curiosa e receptiva ao processo. Isso validou relevantemente a proposta sugerida com o *Quiz* e transformou o nosso olhar quanto à aplicação e o desenvolvimento de atividades nesse formato em um espaço de tão pouca visibilidade, no sentido de atuação profissional da área.

No final da apresentação, aproveitamos a oportunidade para divulgar o serviço do Plantão Psicológico oferecido pela Universidade da Amazônia e uma breve

explanação sobre os CAPS e qual a finalidade de cada um. Ao falarmos sobre os CAPS percebemos a falta de conhecimento de muitos sobre esse serviço em seus municípios e o espaço foi de suma importância para essa promoção da saúde e também de quebrar o paradigma que outros pacientes possuíam sobre o espaço.

CONCLUSÃO

Por fim, os estudos realizados e a aplicação do projeto na sala de espera do ambulatório reforçam a importância de utilizar a Psicoeducação na esfera da saúde como um suporte para despertar e estimular a reflexão subjetiva dos sujeitos, transformando esse espaço em um local terapêutico, auxiliando na prevenção, educação e promoção da saúde. E que o ambulatório é um espaço novo de atuação para os psicólogos, pois a graduação está ligada as práticas mais tradicionais.

Notou-se que a atividade Psicoeducativa possibilitou uma escuta terapêutica, validando o papel do psicólogo na instituição e ampliando a atuação desse profissional. Além disso, proporcionou a expansão do conhecimento do paciente e de seu acompanhante acerca de assuntos que podem estar causando angústia, medo ou desconforto, auxiliando os mesmos a refletirem sobre o que estão passando e significarem a experiência vivida.

Pode-se dizer ainda, que tais aspectos contemplam características importantes para a atuação do psicólogo no ambiente hospitalar, especificamente na sala de espera do ambulatório de um Hospital Geral. Trata-se da escuta analítica e do manejo situacional, que correspondem ao cuidado com o paciente possibilitando minimizar sofrimentos oriundos do adoecimento e de processos que estejam desestabilizando-o e a seus familiares e acompanhantes. Rodrigues et al. (2009) defende que é através dos diálogos que acontecem na Sala de Espera que os profissionais de saúde podem avaliar a condição do paciente e de seu acompanhante, interagir, desmistificar tabus e entender determinadas crenças que permeiam a doença e o tratamento.

A Sala de Espera é um espaço com alto índice de rotatividade de pacientes e também de seus acompanhantes, com diferentes idades, localidades e classes sociais e com diferentes demandas no tratamento e isso requer que o Psicólogo possua um alto manejo técnico e humanização para com o atendimento dessas diversas demandas e que causam enorme desconforto.

Rodrigues el al. (2009) também afirma que a hospitalização gera medo e ansiedade por conta do afastamento da vida cotidiana e das limitações da patologia. Esses sentimentos são exacerbados quando os pacientes entram em contato com a realização de exames invasivos e dolorosos, que são, em sua maioria, desconhecidos e produzem uma série de fantasias e temores relacionados aos procedimentos e ao resultado.

A intervenção mostrou, sobretudo, que independentemente do local há a possibilidade de implementar um trabalho de alcance educativo que possibilite desenvolver nas pessoas a conscientização sobre aspectos do autocuidado, prevenção e promoção de saúde para além do processo de adoecimento. Cabe ao psicólogo e a equipe de saúde a iniciativa para tornar o espaço do ambulatório, um ambiente acolhedor e humano tendo como base os princípios e as diretrizes do Sistema Único de Saúde – SUS.

REFERÊNCIAS

ALCANTARA, Tainara Vasconcelos de et al. Intervenções psicológicas na sala de espera: estratégias no contexto da Oncologia Pediátrica. Rev. SBPH, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 103-119, dez. 2013.

LEMES, Carina Belomé; ONDERE NETO, Jorge. Aplicações da Psicoeducação no contexto da saúde. Temas psicol. Ribeirão Preto, v. 25, n. 1, p. 17-28, mar. 2017.

MOTA, Roberta A.; MARTINS, Cileide G.M; VÉRAS, Renata M. Papel dos profissionais de saúde na política de humanização hospitalar. Psicologia em estudo. Maringá, v.11, n.2, p. 323-330, mai./ago. 2006.

RODRIGUES, A.D. et al. Sala de espera: um ambiente para efetuar a educação em saúde. Vivências. V.5, n.7, p.101-6, maio 2009.

SILVA, Suelem Lopes; KRUEL, Cristina Saling. Intervenções psicológicas no âmbito ambulatorial . UNIFRA. Santa Maria, mai.2012.

4

SILVA, Leandro Reis da
discenteleandro.ne.psi@gmail.com
FORTES, Carvalho, Larissa
SOUZA, Vanessa Rafaelle Brasil de
QUEIROZ, Adriane Gomes

INTRODUÇÃO

Este trabalho tem como objetivo relatar a experiência da relação dos profissionais de Medicina, Psicologia, Terapia Ocupacional, Fonoaudiologia e Pedagogia, acerca da atuação interdisciplinar. Trata-se de um estudo qualitativo, isto é, voltado para os sentidos e significados atribuídos a esta vivência no Programa de Habilidades Socais (PHS), através da observação cientifica em uma instituição privada que atende crianças e adolescentes com diversos transtornos do desenvolvimento no município de Ananindeua/Pará (TAMANAHA, 2011; BICALHO, 2011; LIMA, 2017).

Vamos discorrer a respeito das principais e recorrentes dificuldades de crianças e adolescente com TEA e com diversos transtornos do desenvolvimento, e a sua capacidade de evoluir suas habilidades sociais, a equipe desenvolvem as potencialidades existentes e trabalhar os impedimentos presentes, elaborando tarefas que exijam, fora do setting terapêutico 1 para 1, a conversação, colaboração, escuta, atenção compartilhada, empatia, resiliência entre outras habilidades necessárias para um bom convívio com outros indivíduos (HERRERA, 2008; BICALHO, 2011; SCHWARTZMAN, 2017).

A projeção e aplicação das tarefas exigem conhecimentos diversos de várias áreas, que apenas uma equipe interdisciplinar é capaz de executar. A construção do processo acontece por meio de outras áreas profissionais que trabalhando juntas, ou seja, a interação de vários conhecimentos específicos de cada área a construir uma compreensão em comum, visando o mesmo objetivo final (TAMANAHA, 2011; BICALHO, 2011; SCHWARTZMAN, 2017).

Potencializar as habilidades sociais em crianças e adolescentes com TEA e com diversos transtornos do desenvolvimento. Esse termo chegou ao Brasil por volta da década de 60 e começou a ser aplicado como prática a partir da lei Nº 5.692171. Desde então a interdisciplinaridade tem mostrado sua importância, tanto na pesquisa,

como na execução profissional, trazendo efeitos positivos às equipes que trabalham com esse modelo (TAMANAHA, 2011; BICALHO, 2011; LIMA, 2017).

Antes do século XX o termo interdisciplinaridade já foi empregado por Descartes e Newtton, mais foi Piaget (1970 apud LIMA, 2017) e pelos eventos realizados pela Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO) tiveram sua abrangência em contexto mundial (FAZENDA, 2011; GUSDORF, 1995 apud LIMA, 2017).

Percebe-se que de acordo com LIMA (2017) "a interdisciplinaridade não se reduza ao confronto com a especialização, talvez seja o apelo mais evidente que se tem em mente, quando se aborda a questão". A partir desse passo inicial foi possível utilizar centros de estudos e pesquisas a respeito da temática. Segundo "Pascal (1623-1662 apud Santo Junior, 2011) que afirma: "eu considero impossível conhecer o todo se eu não conheço as partes e conhecer as partes se eu não conheço o todo". Em diversas áreas houve especialidades mais era necessárias outras ciências para progredir, ou seja, maior abrangência dos conhecimentos adquiridos.

Por isso a: As primeiras demandas de interdisciplinares apareceram no ano de 1990 as principais foram: Após a década de 1960, em trabalhos como acoletânea The study of information:interdisciplinar mensagens, editada por Machlup e Mansfield (1983), que abordou o aspecto interdisciplinar em diferentes disciplinas, entre elas a Ciência da Informação ou, em menor medida, em artigos isolados, como, por exemplo, The Phenomena of interest to Information Science, dos pesquisadores alemães Gernot Wersig e U. Nevelling de 1975 (LIMA, 2017, p. 127). "necessita de tempo em tempo, como uma regulamentação orgânica de seu próprio incremento, de um trabalho de reconstituição, e, como eu disse, isso requer um esforço de unificação, cada vez mais difícil, que cada vez complica regiões mais vastas do saber total. Newton conseguiu criar seu sistema físico sem saber muita filosofia; mas Einstein precisou saturar-se de Kant e de Mach para conseguir chegar a sua aguda síntese. Kant e Mach – com esses nomes se simboliza somente a massa enorme de pensamentos filosóficos e psicológicos que influenciaram Einstein – eles serviram para liberar sua mente e deixar-lhe o caminho livre para a sua inovação [destaque nosso]. Mas Einstein não é suficiente. A física entrou na crise mais profunda de sua história e somente pode salvar-se com uma nova enciclopédia mais sistemática do que a primeira.

O especialismo, portanto, que tornou possível o progresso da ciência experimental durante um século, se aproxima de uma etapa em que não pode avançar por si mesmo se não se encarrega uma geração melhor de construir-lhe um novo instrumento mais poderoso (p. 220)" (ORTEGA e GASSET 1996 apud LIMA, 2017, p. 129).

“O desenvolver TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA (TEA) O Transtorno do Espectro Autista (TEA) este transcrito no DSM-V Manual de Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais 5.ª edição (DSM-5 – AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION (APA), 2014), TEA inclui: Segundo Vilhena et al (2018) "os critérios diagnósticos estabelecidos pelo DSM-5 de uma equipe interdisciplinar para que a avaliação clínica seja conduzida por uma diversidade das características que englobam o TEA".

A definição de Nicolescu (2000 apud BICALHO, 2011) "a multidisciplinaridade corresponde à busca da integração de conhecimentos por meio do estudo de um objeto de uma mesma e única disciplina por várias delas ao mesmo tempo". Os ambientes que simulam os espaços do cotidiano, ou seja, situações naturais abre possibilidade de adaptações. De acordo com Herrera (2008) "se fazem devido ao contexto comunicativo são importantes para a atuação com as habilidades comunicativas verbais (HCV) nestes quadros". INTERDISCIPLINARIDADE A primeira imaginação da interdisciplinaridade é divisão do conhecimento, porém, em prol da ciência houve a necessidade do desenvolvimento dos conhecimentos.

De acordo com Morin (1999 apud Lima, 2017) a fragmentação se dá no "método cartesiano, haveria outros três princípios: ordem, redução e a validade absoluta da lógica clássica". "comportamentos caracterizados por dificuldades graves em múltiplas áreas do desenvolvimento, abrangendo relações sociais; comunicação; e âmbito de atividade e padrões de comportamento repetitivos e estereotipados, incluindo a fala (SADOCK et al, 2016, p. 291)". "Eles têm dificuldade de empatia, o que deixa as interações sociais desajeitadas e artificiais. A mentalização se concentra no ensino de empatia e na melhora da interação social (SADOCK et al, 2016, p. 909)". "à síndrome de Asperger (SA) fazem parte do quadro de transtornos globais do desenvolvimento (TGD) e seu diagnóstico é basicamente clínico, isto é, realizado por meio de observações comportamentais e análise do histórico do indivíduo e não por

intermédio de exames laboratoriais - exceção feita quando o autismo aparece associado a outra condição (HERRERA, 2008, p. 36)".

Segundo o autor Schwartzman (2017) "a interdisciplinaridade pode ser facilitadas para que especialistas de diversas áreas possam realmente atuar como equipe", através do mesmo objetivo ou objeto a ser estudado ou analisado, conforme suas ferramentas e dialogando entre si; facilitando a compreensão da parte que complementa o todo. O autor Bicalho (2011) sintetiza o termo interdisciplinaridade e mostra que:

OBJETIVOS

Descrever experiência em uma equipe interdisciplinar que avaliam comportamentos de crianças e adolescentes com TEA através de empatia e civilidade, assertividade e participação nos planejamentos dos atendimentos. Objetivos específicos: vivência a experiência da interdisciplinaridade entre profissionais de Medicina, Terapia Ocupacional, Psicologia, Educação física, Pedagogia e os estagiários.

METODOLOGIA

A metodologia empregada foi à observação durante três meses nos atendimentos da equipe interdisciplinar, os métodos utilizados e o referencial teórico partiram da plataforma do (...) prática da interdisciplinaridade (ou daquilo que passa por esse nome) pode apenas servir para dar cobertura a uma fuga face às exigências e dificuldades do ensino de uma disciplina. Ela transforma-se então num subterfúgio que pretende evitar os rigores da aplicação sistemática de uma metodologia disciplinar, ardil por intermédio do qual se procura substituir a paciência de um ensino lento, exigente e rigoroso, por um discurso de generalidades, por um saltitar inconsequente e irresponsável de um domínio disciplinar para outro.

Nesse sentido, é necessário reconhecer que, com alguma frequência, a palavra interdisciplinaridade é sinônimo de superficialidade, diletantismo, generalização abusiva, falta de solidez e mesmo incompetência de um professor, que assim revela o quanto ele mesmo é já vítima do sistema de ensino que diz pretender reformular (POMBO, 2004, p. 122 apud LIMA, 2017, p. 138). Na interdisciplinaridade ocorrem intercâmbios e enriquecimentos mútuos entre as disciplinas. Morfologicamente, o prefixo “inter”, originalmente com o sentido de “reciprocidade”,

nas palavras de Gusdorf (1990), “evoca também um espaço comum, um fator de coesão entre saberes diferentes [...].

Cada qual aceita esforçar-se fora do seu domínio próprio e da sua própria linguagem técnica para aventurar-se num domínio de que não é o proprietário exclusivo. A interdisciplinaridade supõe abertura de pensamento, curiosidade que se busca além de si mesmo” (Pombo, 1994, p.2) (BICALHO, 2011, p. 117) 6 site: Biblioteca Virtual (www.bvs-psi.org.br) e revistas cientificas através do Google acadêmico. Método usado foi à observação e desempenho durante os atendimentos.

DISCUSSÕES

A experiência na atuação interdisciplinar no Programa de Habilidades Sociais (PHS) vem agregando atendimentos satisfatórios, as metodologias utilizadas pelo PHS contribuem para ás áreas envolvidas, especialmente, Psicologia, Terapia Ocupacional e Educação física; que juntas desenvolvem atividades terapêuticas nos três horários de atendimentos entre crianças, pré-adolescentes e adolescentes. As atividades desenvolvidas se adequam ao grupo de acordo da falta de habilidade do cliente, onde é feito o acolhimento e a partir desse momento são feitas evoluções- dos estagiários do PHS- para sair um relatório após as 08 (oito) atendimentos consecutivos. Porém, cada estagiário é supervisionado pelos coordenadores do PHS. Nos grupos trabalha-se acerca do desenvolvimento de aprendizagem de conviver em sociedade em uma relação vivência social e educacional.

Tal aprendizado dessas habilidades é conduzido pelas diversas áreas como a Análise Aplicada do Comportamento- conhecimento advindo principalmente da psicologia- Terapia Ocupacional, Educação Física e Medicina. Esses campos dos conhecimentos atuam com a interdisciplinar no Programa de Habilidades Sociais agregando resultados satisfatórios aos clientes que são assistidos. Como o objeto de estudo é comum e os olhares são diferenciados agrega-se maior interação e dados coletados. O grupo de profissionais e estagiários torna-se mais empático, pois dialogam sobre os atendimentos, através dos preenchimentos dos prontuários e planejamentos a serem alcançados- a cada semana, mês e semestralmente.

Consequentemente a assertividade perpassa para as crianças e adolescentes. Esses profissionais e estagiários exercem juntas funções em comum, um agregando ao trabalhado do outro com suas técnicas e especificidades para que o resultado dos atendimentos seja mais satisfatório. Os benefícios dessa equipe interdisciplinar se

mostram no seu próprio conceito; “O conceito de interdisciplinaridade fica mais claro quando se considera o fato trivial de que todo conhecimento mantém um diálogo permanente como os outros conhecimentos, que pode ser 7 de questionamento, de confirmação, de complementação, de negação, de ampliação, [...] BRASIL (1999, p.88)”.

CONCLUSÃO

Observa-se ao longo do texto, a interdisciplinaridade dos profissionais que atendem ao Programa de Habilidades Sociais- são satisfatórios diante de mesmo objeto de estudo- através de crianças e adolescentes. E o ambiente favorecido pelo espaço para atuar, pois é visto os pacientes em ambientes semelhantes do dia-a-dia, ou seja, a semelhança fora do espaço terapêutico. De modo geral, participação nos planejamentos dos atendimentos agregam vínculos e valorização da área de atuação.

Como há uma grande demanda de pacientes com falta de Habilidades Sociais e as demandas de TEA são diversificadas, os resultados dessas atividades podem ser vistas por outros olhares, especificadamente, pela Psicologia, Terapia Ocupacional, Educação Física e Medicina. Logo, a vivência dos atendimentos entre profissionais e estagiários tornam a interdisciplinaridade mais consolidada no programa. Além de valorizar as áreas de atuação, pois as informações dialogam entre as áreas, os profissionais podem trocar informações, sugestões para realizar os atendimentos e trazer benefícios aos pacientes de TEA.

A experiência onde atuam outros profissionais torna-se fonte de conhecimentos e propiciam valores para atuar com profissionais de outros campos do conhecimento científicos.

REFERENCIAS

BICALHO, Lucinéia. Interações disciplinares presentes na pesquisa em ciência da informação. Transinformação, v 23, n. 2, 2011. Disponível em: . Acesso em 07 de Mar 2018.

HERRERA, Simone Aparecida Lopes; ALMEIDA, Maria Amélia. O uso de habilidades comunicativas verbais para aumento da extensão de enunciados no autismo de alto funcionamento e na síndrome de Asperger. Pró-Fono, v. 20, n. 1, p. 37-42, 2008. Disponível em: Acesso em 07 de Mar 2018.

LIMA, Márcio José Silveira. Filosofia e interdisciplinaridade. Pro-Posições, v. 28, n. 1, p. 125-140, 2017. Disponível em: Acesso em 07 de Mar 2018.

SADOCK, Benjamin J.; SADOCK, Virginia A.; RUIZ, Pedro. Compêndio de Psiquiatria-: Ciência do Comportamento e Psiquiatria Clínica. Artmed Editora, 2016.

SANTOS JUNIOR, Roberto Lopes dos. A abordagem teórica de Lena Vania Ribeiro Pinheiro sobre os conceitos inter e transdisciplinaridade. Transinformação, v. 23, n. 3, 2011. Disponível em: < http://www.redalyc.org/html/3843/384334888005/ >. Acesso em 19 de Mar 2018.

SCHWARTZMAN, Ulises Prieto Y; et al. Interdisciplinaridade: referencial indispensável ao processo de ensino-aprendizagem da bioética. Revista Bioética, v. 25, n. 3, 2017. Disponível em: . Acesso em 19 de Mar 2018.

TAMANAHA, Ana Carina; PERISSINOTO, Jacy. Comparação do processo evolutivo de crianças do espectro autístico em diferentes intervenções terapêuticas fonoaudiológicas. Jornal da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia, 2011. Disponível em: . Acesso em 07 de Mar 2018.

VILHENA, Douglas de Araújo et al. Avaliação interdisciplinar do transtorno do espectro do autismo e comorbidades: Caso de um diagnóstico tardio. Cadernos de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento, v. 15, n. 1, 2018. Disponível em: 9 . Acesso em 19 de Mar 2018.

III CONGRESSO DE PSICOLOGIA: as diversas faces do cuidar.
De 26 a 28 de abril de 2018. Belém – PA/
HANGAR – Centro de Convenções da Amazônia
Volume 03 – ISSN: 2526-527X
CADERNO DE TRABALHOS COMPLETOS
http://revistas.unama.br/index.php/anaispsicologia/index

REEDUCAÇÃO PSICOMOTORA NA CONTRIBUIÇÃO AO DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA PÓS-TERMO: RELATO DE EXPERIENCIA.

BARROS, Larissa Fabiane De Sousa
PARAENSE, George Luan Cruz
NUNES, Samantha Cristiny Fernandes

INTRODUÇÃO

Grande parte das disfunções físicas na infância é referida ao nascimento, pré ou pós-maturo, portanto nos bebês nascidos de forma prolongada ou pós-termo, a gestação decorre com duração igual ou superior a 42 semanas, com etiologia desconhecida para o ocorrido (MATTHES, 2010).

Para tanto a criança nascida pós-termo poderá ter inúmeras consequências como problemas metabólicos, insuficiência na oxigenação, sofrimento intrauterino, acarretando alterações no desenvolvimento físico e cognitivo da criança, quanto mais prolongado é a gestação mais consequências maléficas o bebê poderá ter, potencializando as chances de evolução do quadro para o óbito (MATTHES, 2010).

Crianças nascidas de pós-termo podem apresentar diversas características por conta do grande tempo intrauterino, sendo manifestado através do peso, comprimento, tamanho das unhas, cabelos longos, são algumas características clinicas sugestivas da criança com gravidez prolongada (MATTHES, 2010).

As alterações motoras relacionadas à monoplegia, hemiplegia, paraplegia e tetraplegia podem estar interligadas ao nascimento pós-termo, essas alterações podem interferir nos movimentos do corpo e levar a limitações funcionais. Contudo, a hemiplegia caracteriza-se como uma alteração motora, a qual acomete o hemicorpo do indivíduo acarretando dificuldades na realização de tarefas cotidianas como o brincar, lazer, locomoção, dentre outras (SOUZA, 2002).

Diante disto vale ressaltar a importância do atendimento multidisciplinar as crianças com alterações motoras do tipo hemiplegia, levando em consideração os agravamentos que possibilitam um atraso no desenvolvimento nas atividades cotidianas, assim ressaltando a atuação do terapeuta ocupacional, pois o mesmo utiliza-se de métodos e estratégias da reabilitação para promover o bem estar,

autonomia, independência de forma satisfatória levando em consideração os papeis ocupacionais do cliente (SOUZA, 2002).

De acordo com Souza (2002) os primeiros encontros são primordiais para a criação de vínculo entre o terapeuta e paciente, o fortalecimento desse relacionamento torna-se importante para promover reações de simpatia e confiança para dar a continuidade nas intervenções, contudo faz-se necessário o apoio familiar para o sucesso das sessões.

Meur e Staes (1991) defendem que a participação da família é imprescindível na reeducação psicomotora, pois é na família que a criança tem seu primeiro contato social e afetivo, tornando-se fundamentais para um bom desenvolvimento, e para a formação da personalidade, conceitos e linguagens da criança.

Em vista disso, o envolvimento familiar no processo terapêutico é primordial e o profissional deverá incentivar e orientar os pais a terem percepção das limitações decorridas da hemiplegia, e entender o seu papel a dar continuidade do tratamento em seu domicilio, haja vista que a criança continue a ser estimulada.

Em atendimentos realizados com crianças, o terapeuta usufrui do brincar como recurso terapêutico, proporcionando a mesmas sessões criativas e divertidas de forma lúdica, viabilizando empenho e satisfação durante a realização de tarefas e atividades, propostas durante o tratamento.

O brincar favorece a criança a liberdade de escolher o brinquedo ou materiais para a confecção ou transformação do mesmo, tornando a escolha voltada à idealização do desejo ou forma de expressão da criança (MEUR e STAES, 1991).

Levando em consideração os níveis de compreensão da criança e suas dificuldades motoras o terapeuta ocupacional pode fazer o uso da reeducação psicomotora, iniciando o mais cedo possível, pois com o passar do tempo à criança assimila esquemas corporais de forma errada e começa a se angustiar e a isolar-se devido às suas instabilidades psicomotoras (MEUR e STAES, 1991).

Portanto o objetivo da reeducação psicomotora auxiliará para o incentivo da criança ao participar dos atendimentos, pois poderá promover a aquisição de consciência de seu esquema corporal, favorecendo o sucesso da menor na execução da atividade proposta (MEUR e STAES, 1991).

Portanto, a Terapia Ocupacional viabiliza a potencialidade e percebe as limitações da criança, podendo prevenir e tratar diversos problemas no desenvolvimento, e utiliza-se da reeducação psicomotora que está voltada a crianças com o processo de maturação não condizente a sua faixa etária (HIRSCHHEIMER et. al, 2001).

Dessa forma a reeducação psicomotora é essencialmente importante, pois busca retomar as vivências falhas ou inadequadas do desenvolvimento, portanto faz-se necessário observar as vivências falhas para traçar o tratamento na qual a criança possa retomar essas vivências com mais autonomia (HIRSCHHEIMER et. al, 2001).

OBJETIVO

Relatar as contribuições relacionadas aos atendimentos de uma criança pós-termo com o intuito de melhorar o comportamento da ação corporal, referindo-se ao desenvolvimento psicomotor condizente a sua faixa etária, utilizando-se da reeducação psicomotora para o sucesso dos atendimentos.

METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência, ocorrido no Projeto de Extensão Vivências, realizado pelos acadêmicos do Curso de Graduação em Terapia Ocupacional, na Clínica de Terapia Ocupacional (CLITO), localizada na Universidade da Amazônia (UNAMA/GRUPO SER EDUCACIONAL), campus Alcindo Cacela.

A clínica baseia-se na área de reabilitação física e cognitiva, classificada em média complexidade de saúde, caracterizada por ser Clínica Escola, abrange diversos públicos, proporcionando assim, práticas com diferentes patologias, em estágios e projetos de extensão, para o enriquecimento da formação profissional em Terapia Ocupacional.

O Projeto de Extensão Vivências é proposto pela UNAMA/GERUPO SER, que abrange prática aos acadêmicos de forma extensionista, na CLITO, proporcionando assim, 8 horas semanais de experiência na área da reabilitação, além da atribuição de maior conhecimento com diversas patologias.

Os atendimentos propostos na CLITO foram oferecidos a uma criança nascida após 43 semanas de gestação, do sexo feminino, com idade cronológica inferior a 3 anos, apresentando hemiplegia à esquerda, de acordo com as sessões

proporcionadas, por conta de sua grande demanda de público, as intervenções terapêuticas ocorreram duas vezes na durante a semana, com duração de quarenta à cinquenta minutos de duração, durante oito semanas, que resultaram em quinze sessões de terapia ocupacional para o alcance dos objetivos propostos.

O tratamento seguiu sendo dividido, em uma sessão para a avaliação, treze intervenções e uma para reavaliação, baseada na comparação das informações obtidas no término do tratamento com as da avaliação para se notar os avanços conquistados.

Para a mensuração dos atendimentos utilizou-se na avaliação o instrumento Avaliação Neurológica Pediátrica, que contém os aspectos psicomotores, sensoriais, cognitivos e emocionais, coletados na avaliação, que constam as informações sobre o caso clínico da paciente.

Entretanto as alterações apresentadas pela menor a partir da avaliação notaram-se as necessidades de traçar o plano terapêutico da mesma, corroborando para os atendimentos ao traçar os objetivos a curto, médio e longo prazo, com a finalidade de contribuir para o desenvolvimento correto das habilidades motoras, principalmente referidas ao hemicorpo esquerdo da menor.

Ao termino das sessões realizou-se a reavaliação utilizando-se da observação psicomotora para obter os avanços já alcançados pela intervenção terapêutica ocupacional, de maneira que a observação psicomotora auxilia na percepção das melhoras em meio ao ambiente que a cliente está inserida, sobe as particularidades das ações recaídas as exigências do local, que relacionam-se a tonicidade, equilíbrio, lateralizarão, noções de corpo e espaço.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Utilizou-se o instrumento Avaliação Neurológica Pediátrica durante a anamnese para coleta das informações sobre o histórico de vida da criança, realizada com a genitora da menor, a avaliação compõe-se de obtenção de conhecimento para o planejamento do plano terapêutico se necessário, com a finalidade de nortear o seguimento do tratamento.

A cliente apresentou alterações psicomotoras, devido negligenciar o hemicorpo esquerdo, advindo da sua gestação pós-termo, assim dificultando o manuseio de

objetos, deambulação, coordenação motora fina e global, podendo acarretar maiores limitações futuras.

Após o primeiro encontro com o levantamento de informações e o tracejo do plano terapêutico, optou-se pelo uso da reeducação psicomotora no tratamento, como um dos profissionais habilitados, o terapeuta ocupacional lança mão dos princípios da reeducação, sendo facilitador em suas diversas ocupações, atividades e tarefas do dia a dia, como principalmente no brincar, lazer e escola.

Nos dois atendimentos seguintes a avaliação empregou-se circuitos psicomotores para estimular o uso conjunto de ambos os lados do corpo, porém a criança negligenciava o seu hemicorpo esquerdo, tonando-se um empecilho ao decorrer das ações durante as atividades, como: subir e descer escadas, andar por caminhos mais estreitos limitados por objetos e bastões, deitar e levanta-se.

Os próximos atendimentos voltaram-se para estimular o hemicorpo esquerdo que estava sendo negligenciado, como o uso de pulseiras, adesivos decorativos para o incentivo do uso de ambos os lados do corpo durante as tarefas planejadas para os atendimentos, desse modo melhoras consideráveis começaram a ser alcançadas.

Na quarta semana os atendimentos basearam-se em estímulos para a coordenação motora fina, com a manipulação de grãos, visto que a menor atribui valores ao brincar com tais utensílios e alimentos, a partir do método lúdico, a idealização e imaginação referente ao brincar fez com que a mesma dedica-se na realização da atividade, sem perceber que estava fazendo o uso de ambos os lados das mãos, porém os atendimentos realizaram-se no acompanhamento da mãe, devido ao choro da paciente ao se afastar da genitora ou acompanhante.

Durante o decorrer da quinta e sexta semana de atendimento realizou-se a atividade de fazer massinha de trigo, água, sal e corante, a menor estava engajada durante a atividade e usou de forma satisfatoriamente ambas as mãos, conseguindo alcançar os objetivos traçados pela atividade em questão de maneira bem-sucedida. Contudo a menor já estava aceitando afastar-se de sua genitora, ou familiar que lhe acompanhava durante os atendimentos, assim tornando-os de maneira mais proveitosa.

Na reavaliação foram observadas melhoras significativas com o uso do hemicorpo esquerdo, em conjunto ao direito na execução das atividades

psicomotoras, além disso, maior uso do hemicorpo esquerdo nas ocupações, diminuindo a negligencia do mesmo, sendo relatada pela genitora.

Com o termino do tratamento notou-se os avanços conquistados, por meio da observação psicomotora, na qual as informações coletadas foram relatadas detalhadamente no prontuário da paciente. A menor apresentou melhoras no equilíbrio, na manipulação de objetos, na amplitude de movimento com o membro superior esquerdo, as melhoras são referidas ao hemicorpo esquerdo da menor.

Desta forma, com a utilização da reeducação psicomotora o processo evolutivo que o tratamento pode atribuir para pacientes com alterações físicas e motoras é mais eficaz, pois os processos que não ocorreram de forma gradativa do desenvolvimento motor, são recapitulados e reeducados, almejando o desenvolvimento típico para a criança, condizente a sua faixa etária.

Para tanto o tratamento terapêutico baseado na reeducação psicomotora é de suma importância para restaurar as vivências e promover o progresso do desenvolvimento normal da criança, e por tanto podendo auxiliar beneficamente nas atividades cotidianas e na rotina da criança. Com a contribuição do método lúdico, o atendimento dispõe de atrativo, atribuindo interesse e satisfação na realização das atividades exigidas para as sessões.

Além disso, faz-se importante o papel do terapeuta ocupacional auxiliando na autonomia e independência da criança, promovendo o bem estar a saúde, e do desenvolvimento condizente ao esperado, levando em consideração os papeis ocupacionais, valores e significados do cliente, obtendo em grande maioria o sucesso dos atendimentos terapêuticos ocupacionais.

.

CONCLUSÃO

A reeducação psicomotora traz diversos benefícios e o uso no tratamento terapêutico ocupacional em crianças com disfunções físicas favorece uma melhor percepção e consciência do corpo em relação ao ambiente favorecendo ou reestabelecendo suas habilidades, proporcionando benefícios ao cliente.

As atividades terapêuticas ocupacionais com o foco na reeducação psicomotora auxilia o paciente a desenvolver ou aprender novas capacidades motoras, é necessários repetições de exercícios, pois englobam atividades do

cotidiano, exigindo do cliente atenção e concentração ao realizar as tarefas, desenvolvendo habilidades de desempenho.

A reeducação psicomotora se torna um recurso fundamental para o desenvolvimento psicomotor da criança, para que a mesma tenha maior autonomia dos movimentos corporais, integrados com a emoção e expressados pelos movimentos, sendo benéfica para o desenvolvimento psicomotor e para a integração social da criança.

Para atuar na pratica de reeducação psicomotora, o profissional precisa ter graduação e especialização em psicomotricidade, tendo várias áreas de atuação como consultórios, ambulatórios e clinicas, dentre outros lugares, os profissionais que atuam na reeducação psicomotora são: psicomotricistas, psicólogos, fonoaudiólogos, fisioterapeutas e Terapeutas ocupacionais. O terapeuta ocupacional tem o papel de estimular ou prevenir futuras disfunções.

As intervenções da Terapia Ocupacional contribuem na promoção do brincar da criança com hemiplegia, e as orientações dadas pelo terapeuta ocupacional aos pais são agregadas ao cotidiano familiar. Sendo assim, os pais percebem que as intervenções voltadas ao brincar contribuem para um melhor desempenho da criança nas atividades de vida diária.

A Terapia Ocupacional poderá favorecer o desenvolvimento das crianças que apresentam déficits motores, permitindo a mesma vivenciar experiências para seu aprendizado. Nesse aspecto irá promover a integração da criança com o seu meio ambiente, fortalecendo a autoconfiança e favorecendo maior consciência corporal.

Além da atuação da Terapia Ocupacional, vale ressaltar que a família exerce um papel muito importante no processo de desenvolvimento da criança. Pois o vínculo familiar e os laços afetivos entre pais e filhos tornam-se fundamentais para o tratamento terapêutico, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida dessa criança.

REFERÊNCIAS

MATTHES, Ângelo Do Carmo Silva. Gravidez prolongada: subsídios da literatura médica para uma defesa. FEMININA, RIBEIRÃO Preto(SP), v. 38, n. 8, p. 393-400, ago. 2010.

Meur A. de. e Staes L. Psicomotricidade: educação e reeducação. Manole. São Paulo; 1991

HIRSCHHEIMER, Mário Roberto, et al. O trabalho da terapia ocupacional na pediatria. Rev. paul. Pediatr, v. 19, n. 4, p. 187-194, dez. 2001.

SOUZA, Ana Lúcia Ferreira de. Psicomotricidade nas atividades de vida diária(AVD'S) do hemiparético. Rio de Janeiro: Universidade Candido Mendes, 2002.

III CONGRESSO DE PSICOLOGIA: as diversas faces do cuidar.
De 26 a 28 de abril de 2018. Belém – PA/
HANGAR – Centro de Convenções da Amazônia
Volume 03 – ISSN: 2526-527X
CADERNO DE TRABALHOS COMPLETOS
http://revistas.unama.br/index.php/anaispsicologia/index

PSICOLOGIA NAS RUAS': O PSICOLOGO PARA ALÉM DO SETTING CLÁSSICO

LEITE, Arian Marnie F. S.
arianmarnieleite@gmail.com
LEÃO, Lucas D.
LIMA, Altiere. D.P.
SOUZA, Livia. B

INTRODUÇÃO

Em 1962 a psicologia surge como uma profissão, na qual as suas primeiras áreas de atuações eram: a psicologia clínica, organizacional e a educacional. O psicólogo mesmo atuando nessas três esferas, continuava focando apenas no sujeito que se apresentava na sua frente, tendo como objetivo o benefício individual. A saúde só é vista como um campo de atuação apenas 44 anos depois, e mesmo assim ainda não se estruturava da maneira que vemos hoje.

A psicologia traz nos seus primórdios o imaginário social de ser uma profissão "elitista", ou seja, servindo somente aqueles que têm condições, deixando para as demais pessoas o sofrimento como algo natural e que se deve ser vivido de forma individual e silenciosa. É a partir dessa concepção inicial que partirmos para uma nova forma de se fazer psicologia, na qual essa possa fazer parte da vida de todas as pessoas, independente de condições sociais, com esse ponto de vista surge um novo questionamento de como isso será feito.

Fleury (2006, p. 9) propõe que a Psicologia deve auxiliar a elaboração de políticas públicas que levassem em conta, em suas intervenções os sofrimentos coletivos e individuais. Com essa concepção vemos a necessidade de um psicólogo que discuta a relação entre sociedade, instituições e as políticas públicas, a fim de que essas não estejam voltadas somente para os paradigmas emergenciais nas quais vemos modelos de higienização social, uma vez que a saúde mental envolve mais que isso, ela implica também em um processo social e coletivo.

Quando falamos da psicologia associada as políticas públicas vemos que essa diz respeito a atenção básica, onde o profissional da psicologia não atuaria apenas em emergências e se baseando em um modelo Hospital ocêntrico, mas para além disso, atuaria com uma visão política que favoreça uma intervenção junto à população.

Conforme o que já foi apresentado, o presente trabalho irá mostrar um modelo de intervenção em saúde que acontece fora do *setting clássico,* ou dentro de hospitais e ambulatórios. Para que se possa pensar em qual é o lugar do psicólogo, e romper com pensamentos do qual se falar de saúde mental é falar do dito “louco” dentro de manicômios, e sendo tratado apenas com práticas da psiquiatria clássica.

Uma vez que prevenir é pautar uma intervenção com causas reais ou hipotéticas que se ignoradas podem demandar um alto custo financeiro, sofrimento e diminuição na expectativa de vida. (TOPF, 2009). Há algum tempo o Ministério da Saúde e a Organização Mundial de Saúde (OMS) constatam a importância de intervenções junto a população geral, com a finalidade de que elas sejam capazes de compreender e sinalizar comportamentos de risco, produzindo assim novas formas de intervenção e prevenção. Por conseguinte, o trabalho em questão surge com a intenção de mostrar a atuação do Projeto Psicologia nas Ruas, o qual atua não somente na psicologia tradicional, mas sim dentro de um modelo em que a saúde mental está além de um tratamento hospitalar e práticas psiquiátricas, mas sim focando em prevenção, promoção de saúde e redução de riscos.

OBJETIVOS

O objetivo do presente artigo é apresentar o Projeto Psicologia nas Ruas enquanto fortalecedor das redes de apoio. Demostrando o mesmo como um modelo de intervenção para além do *setting* tradicional. Mostrar a relevância de se fortalecer as redes de assistência psicossocial.

METODOOGIA

Para a construção desse trabalho foi utilizado levantamento bibliográfico nas fontes digitais BSV PSI, SCIELO acerca dos seguintes temas: intervenção em psicologia, psicologia e políticas públicas, políticas públicas e saúde mental.

Para compor também este artigo foi utilizado materiais que falavam a respeito do projeto de extensão Psicologia nas Ruas como uma modalidade de intervenção em saúde mental para a população fora do *setting clássico*, como também livros sobre a psicóloga e a população em estado de rua.

DISCUSSÔES

Para pensarmos em promoção de saúde mental precisamos primeiramente falar sobre políticas públicas, e com isso surge a pergunta: o que são políticas públicas? Lynn (1980 apud SOUZA, 2006, p. 6), define como um conjunto de ações

do governo que irão produzir efeitos específicos. Para que esses efeitos específicos sejam alcançados primeiro precisa se entender como esse processo ocorre, nesse ponto Souza (2006), diz que existe o ciclo das políticas públicas, onde se vê a política pública como um ciclo deliberativo, formado por vários estágios e constituindo um processo dinâmico e de aprendizado. Esse ciclo é constituído dos seguintes estágios: definição de agenda, identificação de alternativas, avaliação das opções, seleção das opções, implementação e avaliação.

O ponto principal se encontra no primeiro estágio, afinal e o fato de entrar na agenda ou não, é o que define o que irá acontecer com a demanda em questão, pois o fato de decide colocar o problema nessa agenda significa reconhecer tal dilema e ver o que pode ser feito nele.

Então a partir desse momento começamos a pensar em promoção de saúde mental uma vez que entendemos como essas políticas são elaboradas se torna mais compreensível discuti-las junto dessa promoção.

A saúde mental vem sendo um tema amplamente discutido em todo mundo, para a Organização Mundial de Saúde (OMS), o índice de pessoas com depressão, e as que cometeram suicídio nos últimos tempos vem aumentado significativamente, sendo assim surgiu a necessidade de algo ser feito sobre isso, com esse pensamento foi criado as redes de apoio afim de promover a discursão e a melhora da saúde mental.

As redes de apoio se encontram em todo as áreas da saúde, aqui focaremos apenas nas redes de apoio dentro da assistência psicossocial, e quando falamos dessas redes de apoio falamos de vários núcleos onde um sujeito em sofrimento pode buscar ajuda, entretanto são poucos os que tem o real conhecimento desses serviços.

As redes de apoio ou redes de atenção psicossocial (RAPS) são formas de atendimento dentro da saúde mental que ocorrem fora de hospitais ou ambulatórios, que visam a promoção de direitos do sujeito baseando-se na convivência do sujeito junto a sociedade.

A ideia do modelo é se tornar mais acessível para a população, a concepção de políticas como essa é ter um melhor resultado não só no tratamento como também na adesão dele. Ele também traz consigo o objetivo de articular ações e serviços de saúde em diferentes níveis de complexidade. Segundo Schneider (2009), a população só tem conhecimento destes a partir do momento em que dão entrada em uma

emergência psiquiátrica, sendo assim faz-se necessário que ocorra intervenções junto à população para que eles possam conhecer melhor essa rede.

Todavia existe uma outra população que também precisa ser olhada e levada em conta, essa e população que vivem em situação de rua, nesses casos precisamos pensar em um manejo diferente uma vez que essa se encontra em uma situação de vulnerabilidade social.

Santana e Rosa (2016), ressaltam a diferença que precisa ter na hora de atender essa população, mostrando que precisamos ter em mente que eles vivem em constante estado de tensão, insegurança e incerteza, possibilitando assim uma fragilidade maior a desenvolver doenças físicas e mentais. Enquanto estratégia Santana e Rosa (2016), trazem a importância dos consultórios de ruas, afim de facilitar o atendimento desses sujeitos com a expectativa que a rede de apoio deles aumente.

Fundamentado nessa concepção, surge o Projeto de Extensão PSICOLOGIA NAS RUAS que é um projeto sem fins lucrativos promovido pela FORTIORI CONSULTORIA INTEGRADA LTDA, que traz como objetivo geral comunicar à população serviços relacionados à psicologia, todas as redes de assistência disponíveis que podem oferecer uma ajuda profissional para as mais diversas demandas que o sujeito possa apresentar, tornando-se, assim, uma estratégia de redução de riscos quando se trata de saúde mental. Com essa concepção o mesmo tem como seus objetivos específicos: Aproximar a Psicologia da população, fazendo intervenções na rua esclarecendo pontos importantes sobre diversos temas relacionados à saúde mental e a qualidade de vida; divulgar a rede de assistência e os serviços oferecidos às pessoas com sofrimento psíquico e construir um vínculo com a comunidade para o desenvolvimento de um campo para troca de saberes, conhecimentos e experiências.

O projeto visa integrar o ensino e pesquisa às demandas da sociedade, seus interesses e necessidades, estabelecendo mecanismos que inter-relacionem o saber acadêmico e o saber popular, com isso possibilitando uma prática supervisionada aos estudantes de psicologia, que vise à redução de danos e a produção científica contribuindo para o desenvolvimento de consciência social, ambiental e política formando profissionais cidadãos.

Os estudantes que sentem o desejo de fazer parte dessa prática passam por uma seleção com os membros coordenadores do mesmo, e com os seus membros já

definidos o projeto se inicia. Para o seu início os graduandos passam por um treinamento onde parte deles fazer um levantamento bibliográfico acerca do tema em questão, a cada turma o eixo central do projeto se modifica, e a partir desse levantamento que começa as discursos sobre o tema, esse e o começo do treinamento.

Com um entendimento maior do tema se inicia a fase de se pensar nessas intervenções, como elas iram ocorrer, que público elas terão como alvo, onde ocorreram, qual será a metodologia utilizada. Pensando nessas elaborações os membros do projeto também começam a elaboração cientifica, essa se dá através de seminários, mesas redondas, workshop sobre o eixo central, esses eventos também possibilitam a arrecadação de fundos financeiros uma vez que o mesmo e sem fins lucrativos.

Após essa preparação e que ocorro as intervenções, e essas se dão através de Atividades com Dinâmica e Intervenção em Grupo, uma vez que (RUTTER, 1985, 1987; MASTEN; GARMEZY, 1985; WERNER 1989, apud JULIANO E YUNES, 2014, p 138.) mostram que alguns pesquisadores da Psicologia começaram a observar e estudar indivíduos e grupos que mesmo expostos às situações traumáticas, pessoais, familiares e sociais, conseguiam desenvolver-se bem e continuar crescendo de forma saudável e adaptada. E ofertado o Plantão Psicológico para os que se sentirem sensibilizados sob o tema e queiram falar sobre isso, e se for necessário o encaminhamento para Rede de Apoio.

CONCLUSÃO

Tendo tais objetivos como base, o projeto se estrutura de uma forma diferenciada do *setting clássico* e com essa remodelagem diferente do tradicional se torna possível alcançar de maneira mais ampla a população, com isso possibilitando o acesso desses a rede de assistência, promovendo um melhor bem estar emocional e psicológico.

SILVA, MELO, SOARES E COSTA (2015), ressaltam a importância de práticas, serviços diferenciados para garantir o atendimento dessa população, uma vez que as questões que atravessam o sujeito são inúmeras e a situação de rua pode complicar o acesso ao atendimento em âmbitos, mas tradicionais. Todavia precisa se ter em mente que se deve oferecer acolhimento e promover o acesso a serviços socioassistenciais das políticas públicas setoriais conforme as necessidades

apresentadas por esses sujeitos. (BRASIL, 2011, apud SILVA, MELO, SOARES E COSTA, 2015, p 25).

Do mesmo modo se mostra necessário que o psicólogo se faça mais presente a essa população realizando intervenções juntos a essa, afim de que ela possa conhecer as redes. E preciso se investir em mais projetos como a psicologia nas ruas onde se possibilita essa atuação para além do *setting clássico*, e constrói futuros psicólogos com uma visão mais humana e conscientizada do seu fazer.

REFERENCIAS

CONSELHO REGIONAL DE PSCOLOGIA DE MINAS GERAIS. A Psicologia e a População em Situação de Rua: Novas Propostas e Velhos Desafios. Minas Gerais, 2015.

FLEURY, Sônia. A psicologia deve ir muito além do consultório. Ciência e Profissão: Diálogos. n. 4, p.6-9, Dez. 2006. Disponível em: <http://www.pol.org.br/publicacoes/pdf/dialogos4/Dialogos_pag_06a09.pdf> Acesso em: 11 de março de2018.

JULIANO, Maria Cristina carvalho; YUNES, Maria Angela Mattar. Reflexões sobre redes de apoio social como mecanismo de proteção e promoção de resiliência. Revista Ambiente e Sociedade, São Paulo, 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Preventing suicide: a global imperative. Genebra: OMS, 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Prevenção do Suicidio: Um Recurso Para Conselheiros. Genebra, 2006.

SANTANA, Carmen Lucia de Albuquerque; ROSA, Anderson da Silva. Saúde mental das pessoas em situação de rua: conceitos e práticas para profissionais da assistência social. Câmara Brasileira de Livros, São Paulo, 2016.

SCHNEIDER, Alessandra Ritzel dos Santos. A rede de atenção em saúde mental: a importância da interação entre a atenção primária e os serviços de saúde mental. Revista Ciência & Saúde, Porto Alegre, 2009.

SOUZA, Celina, Políticas Públicas: Uma Revisa da Literatura. Revista Sociologias, Porto Alegres, 2006.

TOPF, K. A prevenção da saúde, 2009. Disponível em: http://www.psicologia-online.com/colaboradores/barbara/prevencion/index.shtml

< http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp_ras.php?conteudo=rede_psicossocial>

Acesso em 11 de março de 2018.

III CONGRESSO DE PSICOLOGIA: as diversas faces do cuidar.
De 26 a 28 de abril de 2018. Belém – PA/
HANGAR – Centro de Convenções da Amazônia
Volume 03 – ISSN: 2526-527X
CADERNO DE TRABALHOS COMPLETOS
http://revistas.unama.br/index.php/anaispsicologia/index

OS EFEITOS TERAPÊUTICOS DE UM GRUPO DE REFLEXÃO COM DISCENTES

PINTO, Francimar dos Santos.
francyfarma@hotmail.com
CHRISTO Neto, Manoel de.

INTRODUÇÃO

As pesquisas têm mostrado que a vivência grupal tem importantes efeitos na vida psíquica de seus membros. Existindo várias modalidades de grupo, uma das quais é o Grupo de Reflexão desenvolvido por Delarosa (1979), que é um tipo de Grupo Operativo, o qual foi criado e fundamentado por (PICHÓN-RIVIÈRE, 1994). Esse tipo de modalidade grupal tem por finalidade o trabalho operativo, que possibilita o desenvolvimento de habilidades dos participantes de refletir sobre a experiência pessoal e suas relações com os demais membros, assim como do próprio grupo enquanto tal. Além disso, o grupo de reflexão possibilita o compartilhamento das vicissitudes no processo ensino-aprendizagem.

Dellarosa (1979), afirma que o ensino é desestruturante, gerando nos discentes, angústia, sofrimento, medo da mudança, do novo, do desconhecido. Por isso, o aluno precisa sentir-se seguro, amparado e o grupo funciona como um espaço de continência para esse desamparo. Durante o curso, desenvolve-se um processo de desestruturação que aponta para a necessidade da universidade oferecer espaços contenedores ao aluno, que proporcionem apoio, segurança e confiança. Embora o Grupo de Reflexão não se proponha ser um grupo psicoterapêutico, segundo Pichon-Rivière (1994) essa distinção entre psicoterapia e aprendizagem é muito relativa e resulta muito mais de um processo ideológico presente entre autores e correntes psicológicas.

GRUPO OPERATIVO

O grupo operativo é um conjunto de pessoas interagindo articuladas por suas mútuas representações internas, que se propõem a uma tarefa através de complexos mecanismos de adjudicação e assunção de papéis. A tarefa pode ser explícita e/ou implícita. A tarefa explícita remete a maneira como o grupo se dispõe, e

a implícita, a forma de cada membro do grupo de rever suas estereotipias, e questões internas (PICHÓN-RIVIÈRE, 1994).

O processo grupal se caracteriza por uma dialética na medida em que se faz presente contradições, tendo como sua principal tarefa analisar essas contradições (PICHÓN-RIVIÈRE, 1994). O autor afirma que os vetores estão presentes em todo processo grupal, e através do cone invertido mostra o movimento de um grupo. O cone invertido é um instrumento utilizado para visualizar o esquema constituído pelos vetores. Os vetores: a comunicação, a pertença, a aprendizagem, a pertinência, a cooperação e a telé, podem direcionar as equipes na sua dinâmica, o que facilita o grupo a buscar seus objetivos.

Para Pichon-Rivière (1994), as finalidades e propostas dos grupos operativos podem ser resumidas afirmando-se que a atividade está centrada na localização de estruturas estereotipadas, nas dificuldades de aprendizagem e comunicação e pela grande ansiedade despertada em função da mudança. Sendo que o esclarecimento, a comunicação, a aprendizagem e a resolução de tarefas coincidem com a cura, criando-se assim um novo esquema referencial.

A técnica de grupo operativo consiste em um trabalho com grupos, na qual o objetivo é promover um processo de aprendizagem para os membros envolvidos. “Aprender em grupo significa uma leitura crítica da realidade, uma atitude investigadora, uma abertura para as dúvidas e para as novas inquietações” (BASTOS, 2010, p. 161).

Esses processos do grupo não são estanques e nem lineares. Há um constante ir-e-vir entre os momentos. Para Pichon-Rivière (1994), são aspectos do processo grupal que interatuam de forma dinâmica permitindo mudanças no seu desenvolvimento. O princípio básico é promover, por meio de uma técnica integrativa de seus membros, os processos de mudança em grupo. Essa conotação possui o objetivo de levar os participantes a aprender a pensar e operar, isto é, desenvolver a capacidade de resolver contradições dialéticas, sem criar situações conflitantes que imobilizem o crescimento do grupo.

Segundo (Pichon-Rivière 1994 apud Carniel 2008, p. 4) “todo grupo operativo se reúne em torno de uma tarefa, que constitui seu principal motivo de existência”. O que para Bastos (2010) a tarefa é a trajetória que o grupo percorre para alcançar seus objetivos, tendo relação com o modo que cada integrante interage a

partir de suas próprias necessidades. Nesse sentido, pode se dizer, que a tarefa é parte do grupo, mas nem todos os participantes do grupo se sentem parte da tarefa.

Quanto aos papeis no grupo operativo (Gayotto 1992 apud Bastos 2010) define que o *porta-voz* é o integrante que explicita o que está implícito, e colabora com a tarefa. O *bode-expiatório* aparece quando explicita algo não tem a aceitação do grupo. Enquanto o *líder de mudança* surge quando o que foi explicitado pelo porta-voz é aceito pelo grupo e contribui para o movimento dialético grupal.

No grupo operativo acontece o processo de transformação dos esquemas referenciais que os membros trazem ao grupo, num movimento contínuo e em espiral dialética, por meio do qual um novo ECRO - Esquema Conceitual Referencial e Operativo está em produção. Constituído pelos nossos valores, nossas crenças, mas que quando trabalhamos em grupo serve para formar o conceito grupal operativo com noções, regras e acordos que possa facilitar as tarefas do grupo. O que permite uma modificação criativa ou adaptativa por um critério de adaptação à realidade, e que permita observar e analisar fenômenos que se apresentam nos grupos, nas instituições e em suas relações mútuas (PICHÓN-RIVIÈRE, 1994). Todos esses movimentos produzem um efeito ao grupo. É nesse sentido, que, na medida em que o grupo vai operando aprendizagens/mudanças, o grupo operativo é terapêutico.

GRUPOS DE REFLEXÃO

Os Grupos de Reflexão são grupos temporários que tem por meta a aprendizagem que pode ser adquirido na vivência grupal. Zimerman; Osorio, et. al (1997) esclarece sobre a finalidade do grupo de reflexão:

> Os grupos de reflexão têm por finalidade precípua desenvolver as habilidades dos participantes de "pensar" o próprio grupo a partir de uma experiência compartilhada de aprendizagem, mantendo-se, contudo, uma cuidadosa discriminação entre a proposta de utilizar os sentimentos emergentes no grupo para compreender os fenômenos grupais, simultaneamente desenvolvendo as habilidades de seus componentes e qualquer outra intenção de cunho psicoterápico dirigida a seus membros. Esta intenção, sempre que estiver presente, seja na mente do(s) coordenador (es) como na dos

> demais participantes, será entendida como uma interferência indesejável e que compromete a eficiência do grupo de reflexão enquanto instrumento de aprendizagem (1997, p. 88).

Os GRs utilizam a técnica e os pressupostos teóricos dos grupos operativos (GOs) de Pichon-Riviére (1994) estruturados da seguinte forma: Uma tarefa explícita e/ou implícita; a heterogeneidade dos membros e homogeneidade da tarefa; a presença de um coordenador do grupo; a presença de um observador; os papéis no grupo (porta-voz, bode expiatório, líder, sabotador, etc.); a estrutura interna de cada encontro. Dentre eles, destacamos:

A presença de um observador: pois é ele que fica encarregado de fazer a coleta e registrar as observações e informações importantes do material grupal e situações compartilhadas. O que não se limita à técnica, mas com todas as formas de comunicação e expressão que acontece dentro do grupo. E essas anotações são levadas para ser discutidas pela equipe de coordenação, para avaliar o processo grupal, de acordo com os critérios abordados por Pichon-Riviére (1994) quanto à realização ou não de tarefa e a comunicação entre os participantes.

A presença de um coordenador do grupo: é ele que fica responsável por favorecer o trabalho do grupo, de acordo com os objetivos do mesmo, estabelece as regras, o enquadre, ajuda o grupo a refletir, pontua, devolve a escuta tentando provocar um novo olhar para determinada situação ou problema.

OBJETIVO

Esclarecer sobre o que é um grupo de reflexão, demonstrando os possíveis efeitos terapêuticos que este apresenta.

METODOLOGIA

O estudo se constitui por um relato de experiência, construído a partir do registro de observações das falas significativas dos participantes de dois grupos de reflexão ocorridos na Universidade, coordenados por um professor, tendo dois discentes de um projeto de extensão, na condição de observadores-participantes. Tais registros foram supervisionados e discutidos com a equipe que compunha o referido projeto para melhor compreensão e avaliação do processo grupal, tendo por base os

conceitos desenvolvidos por Pichon-Rivière (1994) tais como tarefa, pré-tarefa, resistência, medo do novo, comunicação grupal, dentre outros fenômenos grupais.

Os Grupos de Reflexão tinham como tarefa indagar-se sobre o ser discente em tempos de transição. Os dois grupos que foram acompanhados, realizaram um encontro semanal durante seis semanas, com uma hora e meia de duração cada encontro. O primeiro grupo foi formado por alunos do curso de psicologia, e o segundo, por alunos de psicologia e serviço social, os quais se inscreviam espontânea e previamente nos grupos.

Ao longo dos encontros, foi possível observar e registrar a comunicação e o movimento dos grupos, a forma como cada membro se comportava dentro do grupo, acolhendo ou rejeitando as manifestações dos demais, à espera da oportunidade de se manifestar ou a interpelação da fala do outro, a interação entre os participantes, o compartilhamento de experiências comuns, a expressão verbal e não verbal, a participação dos observadores-participantes, do coordenador e suas pontuações e problematizações acerca dos temas e a forma como era recebida pelos participantes.

DISCUSSÕES

Excertos do Grupo 1: Um participante falou sobre o motivo da sua escolha pelo curso de psicologia, que a princípio foi pelos seus conflitos, tentar procurar se entender, também por querer ter uma profissão e ajudar os outros, relatou o quanto foi difícil entrar no curso de psicologia por medo e conflitos, medo de ser insuficiente, de não ser capaz de atender as demandas da profissão, relatou sua dor, as reações que sente no corpo e a maneira que encontrou para lidar com o sofrimento, conversando consigo mesma e não guardando suas emoções; relatou que algumas pessoas a viam como “fraco” e ele introjetou, mas agora já tem outra percepção sobre si mesmo.

Já outro participante relatou a dificuldade em fazer suas escolhas e as pessoas próximas aceitarem; também relata ser bastante custoso participar de grupos, falar em público e apresentar trabalhos em sala de aula. Enquanto outro participante relatou que ficou muito preocupado com o que disse no encontro anterior, tendo se sentido mal depois, achou que não deveria ter falado. Logo depois que falou isso, começou a chorar e não quis mais se manifestar. Nesse instante alguns narram um filme assistido por eles que abordava sobre medo, no qual a personagem aparece de

acordo com o medo de cada um. Perguntado pelo coordenador se isso faz algum sentido na vida deles, os mesmos responderam que faz sentindo com o momento em que eles estão vivendo: medo de apresentarem trabalhos e de não serem bons profissionais.

Outro membro do grupo falou que no momento de apresentações de trabalhos pensa em fugir, sofre bastante, mas consegue apresentar o trabalho, e se sente melhor quando pode apresentar o trabalho sentado, assim se sente amparado, pois em pé se sente desamparada e incomodada ao perceber que as pessoas estão lhe olhando. Um participante ficou incomodado com o olhar do coordenador, e quando perguntado qual era o sentimento, falou sobre se sentir julgado; o mesmo chegou no encontro ansioso, ficando algum tempo esfregando as mãos. O coordenador refletiu com o grupo sobre o olhar do outro sobre si e o olhar de si sobre o olhar do outro. Um participante comentou sobre alunos que estavam desmotivados e saíram do curso, depois voltaram, e pessoas que precisam de algo que os motive. Relatam que um colega de curso teve “crise de pânico” e abandonou a apresentação de um trabalho.

Excertos do Grupo 2: Um dos encontros começa com alguns minutos de silencio profundo, depois um participante fala que havia se perdido no tempo, pensava que a prova era nessa semana, mas depois soube que será só na próxima, “são as interferências externas” (sic), pontuou. Nesse contexto, outro membro refere que no silêncio, pensa como está sua vida, sobre o período de provas, se ele vai conseguir bons resultados, e ainda abordam sobre a vida pessoal interferindo na vida acadêmica; a pressão familiar, pois não queriam que fizesse o curso e sim outro. Refere ser uma situação difícil por serem pessoas que são importantes em sua vida, e são essas pessoas que lhe cobram (se emociona e chora); nesse momento alguns membros do grupo lhe oferecem palavras de força e conforto, deixando o participante menos sofrido.

O coordenador do grupo pontuou que dois participantes trouxeram questões de fora da vida acadêmica e indaga como isso impacta em cada um, como é lidar com isso?

Um membro mencionou que seu curso é muito bom, que passou a ter uma visão diferente das coisas, fazendo-o repensar e mudar: “um ano de decisões e mudanças para mim” (sic). Já outra pessoa se emociona e chora por pensar que é uma luta que ela está vencendo, que tem cobranças da família para ter que se formar.

O coordenador pergunta: como é o curso para mim? Que importância esse curso tem para na minha vida? Como é não abrir mão daquilo que se quer sem ferir o outro que quer que eu faça outro curso? Como é que eu lido com as interferências externas?

Então, uma discente fala da importância do curso, que está descobrindo aos poucos, “estamos em constantes mudanças, a cada experiência vamos dando significados” (sic). Outro relata que entrou no curso e não sabia o que estava fazendo, depois se deu conta e começou a pesquisar o que o curso tem para oferecer e agora está aproveitando. Nesse momento o coordenador pontuou sobre o caminho que cada um segue, se é o caminho que você quer, e se é o caminho certo.

Uma discente que tem um pouco mais de idade que os outros membros do grupo, afirma que os outros são jovens e solteiros, e ela mais velha, tem filhos, trabalha e vem enfrentando as dificuldades para estudar, que está realizando um sonho, fala também da importância do grupo para ela, “é um momento para eu desabafar, saio mais leve daqui”. O coordenador pontuou que uns param de estudar, outros se formam, que chegar para uns é diferente de outros, uns fazem atalhos, e cada um vai tomando decisões e fazendo escolhas, conforme o que consegue realizar naquele momento. Ao final de cada encontro, o coordenador sempre pontuava sua percepção sobre o que havia acontecido e relacionava as diversas falas e manifestações no processo grupal, como uma síntese integradora das vivências.

CONCLUSÃO

Consideramos que apesar dos grupos terem participantes de cursos diferentes, as angústias são semelhantes, as falas e os questionamentos se refletiam, ora por escolhas de estágios, abordagens ou mesmo pela escolha do curso, das pressões sofridas pelas escolhas do curso, pelo pouco tempo para as muitas atividades, por ter que dar conta de tudo, pela dificuldade em aprender determinada disciplina, por medo em apresentar trabalhos, ou insegurança pela futura vida profissional.

Constatou-se que embora o objetivo precípuo do Grupo de Reflexão não fosse psicoterapêutico, conforme os participantes pensavam e compartilhavam suas experiências pessoais, percebiam que não estavam sozinhos em suas dores, em seu sofrimento, às vezes muito intensos. Isso foi possível devido o enquadre grupal protegido, com regras bem definidas e com um clima de liberdade, de modo que através da livre discussão circulante, o próprio grupo refletia, indagava centrada nos

processos grupais cria novas possibilidades para a elaboração de novos conhecimentos, sobre o que estava acontecendo com o grupo.

Desta forma, evidenciou-se por vários relatos que o Grupo de Reflexão pode ter efeitos psicoterapêuticos, dado pela interação e construção de um vínculo de confiança entre os membros que permitiu, segundo a manifestação dos discentes nos encontros, que eles estavam vivendo um processo de mudança. A aprendizagem de integração e de questionamentos acerca de si e dos outros.

REFERÊNCIAS

BASTOS, A. B. B. I. A técnica de grupos-operativos à luz de Pichon-Rivière e Henri Wallon. Psicol. inf., São Paulo , v. 14, n. 14, p. 160-169, out. 2010. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141588092010000100010&lng=pt&nrm=iso>. acesso em 20 fev. 2018.

CARNIEL, I. C. Possíveis intervenções e avaliações em grupos operativos. Rev. SPAGESP[online]. 2008, vol.9, n.2, pp. 33-38. ISSN 1677-2970.

CHRISTO NETO, Manoel de. Grupo de Reflexão com adolescentes e famílias em situação de risco. Rev. Do CCHE da Unama. Belém: Unama, 2001.

DELLAROSA, Alejo. Grupos de Reflexión. Buenos Aires: Paidós, 1979.

PICHON-RIVIÈRE, E. O processo grupal. 5. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1994.

ZIMERMAN, D. E.; OSORIO, L. C. et. al. Como trabalhamos com grupos. Porto Alegre. Artes Médicas, 1997.

.

III CONGRESSO DE PSICOLOGIA: as diversas faces do cuidar.
De 26 a 28 de abril de 2018. Belém – PA/
HANGAR – Centro de Convenções da Amazônia
Volume 03 – ISSN: 2526-527X
CADERNO DE TRABALHOS COMPLETOS
http://revistas.unama.br/index.php/anaispsicologia/index

PSICO-ONCOLOGIA E O ATENDIMENTO AOS FAMILIARES DE PACIENTES INTERNADOS EM HOSPITAIS

OLIVEIRA, Bruna Haber
bruhaber@gmail.com
PEREIRA, Talyta Soriano Alves
MONTEIRO, Vívian Fragoso Rei
VASCONCELOS, Ana Carolina Peck

INTRODUÇÃO

A psico-oncologia é uma área que integra os conhecimentos advindos da psicologia e da medicina. É uma sub-especialidade da psicologia que busca estudar as dimensões psicológicas presentes no diagnóstico de doenças oncológicas, o impacto do câncer no aspecto de funcionamento emocional do paciente, da sua família e da equipe responsável pelo seu tratamento, além de fornecer suporte em relação às variáveis psicológicas e comportamentais na incidência e sobrevivência do câncer. Em suma, é uma área de conhecimento da área da psicologia da saúde, aplicada aos cuidados dos pacientes com câncer, seus familiares e os profissionais que podem estar envolvidos no tratamento. Neste sentido, apesar de se tratar de uma proposta de trabalhado ainda em desenvolvimento e existir em poucos serviços hospitalares, essa união tem promovido discussões importantes e produzido resultados que proporcionam aumento significativo da sobrevida de pacientes, proporcionando melhora na qualidade de vida e suporte emocional, mesmo em casos que não existem mais recursos terapêuticos de cura disponíveis.

Segundo o Instituto Nacional do Câncer- INCA (2005), este é caracterizado pelo conjunto de mais de cem doenças distintas que têm em comum o crescimento desordenado de células que invadem órgãos e tecidos. As causas das doenças oncológicas podem ser diversas, de caráter externo ou interno ao organismo, e de certo modo inter-relacionadas. Quando o câncer se inicia em tecidos epiteliais como a pele ou as mucosas, ele é denominado de carcinoma, quando tem início nos tecidos conjuntivos como os ossos, músculos ou cartilagens denomina-se sarcoma. A capacidade de migração por via sanguínea ou linfática gerando novos grupamentos celulares, em outros órgãos do corpo consiste em um fenômeno chamado de

metástases que. Em muitos casos de doenças oncológicas, a metástase se torna o maior desafio e até mesmo a causa de morte do paciente.

Não existe câncer benigno, mas os graus de malignidade e agressividade dos tumores podem ser diferentes. O órgão em que se verifica a transformação, o tamanho e natureza do tumor e o grau de invasão deste para outros órgãos inicialmente é o que possibilita constituir os critérios referentes a gravidade e ao prognóstico de cada paciente. Desta forma podem-se definir quais condutas e quais tipos de tratamentos. Este dado é um exemplo que com o decorrer dos avanços da medicina, o câncer e a morte não precisam ser sinônimos (VEIT e CARVALHO, 2010). Apesar disso, o que se constata é que o câncer é uma das enfermidades mais associadas à questão da morte na contemporaneidade (CARVALHO, 2008), principalmente por possuir causas muito distintas e tratamentos que variam de acordo com a especificidade de cada tipo doença e de e cada paciente.

No Brasil, em decorrência da precariedade dos serviços públicos de saúde e da dificuldade de acesso dos pacientes a estes serviços, o diagnóstico de câncer costuma ocorrer de forma tardia, fato que reduz significativamente a possibilidade de tratamento e possivelmente cura, fazendo com que a doença seja imediatamente associada desesperança e a morte. O câncer é um importante problema de saúde pública nos países desenvolvidos e em desenvolvimento, é responsável por mais de seis milhões de óbitos a cada ano, e representa 12% de todas as causas de morte no mundo. Dados de alguns registros de base populacional do Brasil informam que os tumores cancerígenos mais freqüentes na população masculina no país são os de próstata, pulmão, estômago, cólon e reto e esôfago, já na população feminina os tipos de cânceres mais registrados são predominantemente o de mama, seguido pelos de colo uterino, cólon e reto, pulmão e estômago.

Devido à especificidade e complexidade e também por ser a segunda maior causa de óbito por doenças, o diagnóstico do câncer e o seu estigma carregam dificuldades na comunicação em relação à enfermidade e, de certa forma, afeta, mas relações familiares. O diagnóstico de uma doença grave como o câncer é um acontecimento que abala não apenas o paciente, mas a família como um todo. A doença geralmente é associada à morte, ao sofrimento e à degradação (BRAGHETTO et.al., 2017). Nesse contexto, paciente e família entram em contato de forma mais direta com a finitude da vida.

Sendo assim, desde o diagnóstico, todos os envolvidos (pacientes e familiares), passam por momentos de intensa angústia e oscilações de sentimentos por estarem imersos no sofrimento e na incerteza diante da morte. Deste modo, o núcleo familiar também será impactado com as consequências desse diagnóstico, o que solicitará reposicionamento e adaptações para suportar esta nova realidade. A notícia da doença e o próprio tratamento geram sofrimento e angústia em todos que estão próximos ao ente internado com câncer e, em decorrência, disso destaca-se a importância do atendimento Psicológico não só ao paciente, mas, também, aos familiares que também se encontram imersos nas vicissitudes do adoecimento.

OBJETIVO

O objetivo principal é investigar e discutir acerca da importância do profissional da Psicologia nos atendimentos de familiares de pacientes oncológicos em hospitais gerais, com a finalidade de enfatizar a importância e os benefícios da assistência deste aos familiares, para assim, contribuir para o maior reconhecimento da Psicologia dentro de instituições de saúde.

METODOLOGIA

Efetuou-se um levantamento bibliográfico em livros de Psicologia Hospitalar e de publicações que versam sobre a temática da Psicologia da Saúde, em especial a subárea da Psico-oncologia, disponíveis nas plataformas digitais BVS e Scielo. Na seleção de livros e artigos para a realização do trabalho, foi dada prioridade aos mais recentes, desta forma, foram levantados inicialmente os que tinham data de publicação próxima ao ano de 2017 e posteriormente os mais antigos.

DISCUSSÃO

Ao ser internado, o paciente passa pelo cuidado da equipe multidisciplinar de saúde, esta equipe torna-se essencial na internação do paciente, pois permite uma maior compreensão do caso clínico deste e possibilita condutas mais adequadas, respeitando e compreendendo as particularidades de cada paciente. Compondo esta equipe encontra-se o Psicólogo, este profissional contribui para o resgate da subjetividade do sujeito, tornando ele, acima de tudo, uma pessoa. Além disso, é fundamental que ele atenda e entenda que o paciente carrega consigo algumas extensões, como sua família, que também precisa ser acolhida e escutada pelo profissional da Psicologia.

De acordo com Oliveira et. Al (2005) em muitas situações as necessidades psicológicas da família do paciente que recebeu o diagnóstico também solicitam uma demanda, e, dependendo das reações emocionais que surgem, a ansiedade familiar pode inclusive se tornar um ponto delicado de manejo. Quando o diagnóstico recebido é de doença oncológica, o funcionamento da família pode, e espera-se que seja alterado, porque percepção de finitude se faz presente entre o meio familiar. Justamente por isso a doença, especialmente o câncer causa alguém impacto não somente no paciente, mas também nos que o rodeiam e em sua família, exigindo que ocorra uma reorganização em vários aspectos. (DOSSENA E ZACHARIAS, 2017 *apud* FARINHAS et al., 2013). Ocorrem desequilíbrio e alterações que podem afetar o comportamento da família, o que vai requerer uma reestruturação em cada uma das diferentes fases de evolução da doença (DOSSENA E ZACHARIAS, 2017 *apud* BRUM e AQUINO, 2014). Com os primeiros sinais da doença, a família experiência situações que nãos são do seu dia a dia e que não são costumeiras até o momento, são situações específica de contexto de consulta a especialistas e realização de exames na tentativa de descobrir o diagnóstico (FERREIRA, et al., 2010).

Conforme afirma Carvalho (2007), ao se constatar a existência da doença, formam-se “ilhas de comunicação”, que é a divisão dos familiares em grupos, daqueles que potencialmente tem capacidade de ouvir e conversar sobre a doença e daqueles que são considerados “frágeis” demais e precisam ser poupados. Em muitos casos, os próprios pacientes estão inseridos nesse segundo grupo. Essa forma de comunicação ou a ausência dela, torna-se um ponto que requer manejo, pois pode potencializar o sofrimento de todos os envolvidos.

Aqueles que participam da rotina do paciente oncológico também estão inseridos nesse processo de alguma forma, e, de modo semelhante, podem passar pelos mesmos estágios os quais o paciente vivencia no contexto hospitalar. Segundo Simonetti (2013), os estágios passados pelo paciente, e nesse caso os familiares também são: a negação, revolta, depressão e enfrentamento são posições as quais o paciente orbitam em torno da doença.

A psico-oncologia então se apresenta como uma especialidade que irá segundo Santos (2011 apud Holland, 1998) se ocupar em duas dimensões psicológicas presentes em diagnósticos oncológicos, que são: primeiro, o impacto do diagnóstico de câncer no funcionamento emocional tanto do paciente, família e equipe

de profissionais que trabalham no tratamento; e segundo, o papel das variáveis psicológicas e comportamentais na incidência e sobrevivência de câncer. Então, para cumprir com a primeira dimensão psicológica proposta, é importante ofertar uma escuta atenta e acolhedora que permita que o familiar também possa expressar as angústias e o sofrimento que vivencia dentro deste contexto, com o objetivo de buscar um auxilio adequado com o paciente diante das dificuldades vivenciadas no tratamento, promovendo qualidade no tempo de internação.

> A relação do Paciente com sua Família parece formar um todo e a cisão os fragmenta, mesmo que razões demonstrem a necessidade física de o Paciente ficar internado. Os Familiares têm o desejo de acompanhar seu ente querido durante todo o tempo, dentro de suas possibilidades, como se tentassem estender esse laço, esse cordão umbilical ao máximo, como uma forma de sobrevivência afetiva de todos. (AMIN, 2001, p.13).

O papel do psicólogo diante do paciente oncológico e seus familiares consiste na mobilização de recursos emocionais para o enfrentamento do diagnóstico e tratamento da doença. Potencialização da esperança que geralmente aparece na fase inicial da doença, como estratégia para trajetória do câncer, em fase terminal busca mobilizar recursos para focalizar nos aspectos gratificantes do momento, no que ainda terá de bom para si, assim proporcionando uma possível preparação para morte. (CRISTHO; TRAESEL, 2009 apud DOSSENA; ZACHARIAS 2017).

O ACOMPANHANTE

Os cuidados direcionados a pacientes com câncer, na maioria das vezes, demandam demasiado tempo de dedicação do acompanhante e isto faz com que ele abandone grande parte de suas atividades cotidianas, tendo que se adaptar a uma nova rotina que inclui as exigências e demandas do tratamento.

Os autores Inocenti, Rodrigues e Miasso (2009, p.862) revelam que os cuidadores relatam efeitos negativos nas relações sociais e familiares, na sua

participação no trabalho e atividades de lazer e uma gama de reações emocionais à sua situação de prestador de cuidados.

> Além de tentar entender o familiar, agora se adaptando com o fato de estar doente, o cuidador depara-se com suas próprias mudanças. Ele passa a sentir sensações e sentimentos que antes não dava muita importância. Começa a pensar no passado e, nas coisas que mudaria nele ou, o futuro apresenta-se em sua mente e, a incerteza da presença do paciente neste. Em algumas situações da vida tem-se a oportunidade de simplesmente ir embora, deixar tudo para trás, começar do zero. Na situação de adoecimento, isso nem sempre é possível, restando ao enfermo e ao grupo familiar o enfrentamento. (MONTEIRO, S. N., LANG, C. S., 2015)

O cuidado diário faz com que haja uma relação de maior proximidade entre acompanhante e paciente e o vínculo torna-se maior, assim, a relação de compaixão e solidariedade faz com que o cuidador esteja sujeito a um misto de sentimentos diante da situação. Todo esse novo contexto demanda não somente do paciente, mas também de sua família esforços para que o tratamento tenha efetividade, seja no sentido curativo ou paliativo.

CONCLUSÃO

Por se tratar de um processo complexo e singular para cada família e paciente, entendemos que o trabalho desempenhado pela Psico-oncologia é de extrema necessidade, tendo em vista que o suporte psicológico nesse momento pode proporcionar qualidade de vida tanto para a pessoa internada, quanto para aqueles familiares que estão acompanhando. Oferecer um espaço de escuta para as dores psíquicas vivenciadas pelos familiares neste contexto se torna de extrema importância, não para suprimir o sofrimento, mas para que de alguma forma possa diminuir e aliviar angústias e ansiedades. Além disso, ao permitir a emergência de uma fala sobre o seu sofrimento, se resgata a subjetividade. Pacientes e familiares podem, em conjunto construir estratégias de enfrentamento da situação adversas que possam surgir, de tal modo que promova incentivo para desenvolvimento de

autonomia da família na busca por ajustamento, principalmente em momentos de internação, tratamento e possíveis perdas.

O papel do profissional de psico-oncologia é de promover fortalecimento emocional para o enfrentamento de questões referentes ao adoecimento e ao tratamento. Juntamente com o diagnóstico podem surgir muitas dúvidas, medos e incertezas, que o psico-oncologista ao acompanhar o caso e a família pode fornecer orientações mais precisas, além de proporcionar escuta terapêutica de forma com que aquele sujeito seja observado por um olhar diferenciado, que acolhe e orienta, que busca regatar a essência do individuo, que em muitos momentos pode ser perdida com o adoecimento.

Frente ao diagnóstico de uma doença da qual já se esgotaram todas as possibilidades terapêuticas é muito importante compreender como o cuidador percebe esta situação, considerando que ele fica durante todo o tempo ao lado do paciente. É necessário que seja oferecido apoio e orientações adequados acerca da doença e de como agir diante das mudanças geradas por ela. (INOCENTI, A.; RODRIGUES, I; MIASSO, A., 2009)

O acompanhamento psicológico realizado com os familiares de pacientes oncológicos viabiliza que possíveis conflitos sejam trabalhados para que as decisões referentes ao tratamento possam ser realizadas em conjunto, visando o bem estar do paciente e considerando seus desejos e escolhas sobre seu próprio tratamento. O crescente estudo sobre os fazeres dos profissionais da área Psico-oncologica buscam aprimorar o manejo com os pacientes oncológicos e familiares, os quais participam de forma ativa nesse processo, sofrendo todas as implicações que a doença impõe ao ambiente familiar. Desta forma, a oferta de atenção, suporte, e acolhimentos ao familiar, torna-se imprescindível, considerando a especificidade e os estigmas que a doença oncológica carrega, ao se perceber as fragilidades e formas de compreensão da doença, pode-se de alguma forma fornece um suporte para que envolvidos busquem enfrentamentos exigidos pelo tratamento.

PALAVRAS-CHAVES: Psicologia; Oncologia; Familiares; Intervenção.

REFERÊNCIAS:

AMIN, T.C.C. O Paciente internado no hospital, a família e a equipe de saúde: redução de sofrimentos desnecessários. 2001. 201 f. Dissertação (mestrado em ciências sociais) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2001.

BRAGHETTO, A.; ZUKAUSKAS, M. REZENDE, M. V; AQUINO, M. I. A atuação com pacientes oncológicos in KERNKRAUT, A.M; SILVA, A. L; GIBELLO, J. O Psicólogo no Hospital, Blucher, São Paulo, 2017.

BRUSCATO W.L, BENEDETTI C, LOPES S.R.A. A prática da Psicologia Hospitalar da Santa Casa de São Paulo: novas páginas em uma antiga história. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2004.

BRUSCATO W.L. et al. (Orgs.) A Psicologia na Saúde: da Atenção Primária à Alta Complexidade. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2012.

CARVALHO, C. S. U. A Necessária Atenção à Família do Paciente Oncológico. Revista Brasileira de Cancerologia, pág. 87-96, 2008.

DOSSENA,D. T.; ZACHARIAS, D. G. Impacto do diagnóstico oncológico no meio familiar: o papel da psico-oncologia, 2017

GUERRA, Maximiliano Ribeiro; GALLO, Cláudia Vitória de Moura; MENDONÇA, Gulnar Azevedo e Silva. Risco de câncer no Brasil: tendências e estudos epidemiológicos mais recentes. Revista Brasileira de Cancerologia 2005; 51(3): 227-234 227 .

INOCENT, A; RODRIGUES, I, MIASSO, A.: Vivências e sentimentos do cuidador familiar do paciente oncológico em cuidados paliativos, 2009.
Monteiro, S. N., & Lang, C. S.Acompanhamento psicológico ao cuidador familiar de paciente oncológico, doi: 10.7213/psicol.argum.33.083.AO04, 2015.

OLIVEIRA, *E. A.et al*. Intervenção junto à família do paciente com alto risco de morte. Simpósio: MORTE: VALORES E DIMENSÕES v. 38, n. 1, capítulo X. Ribeirão Preto, 2005.

SIMONETTI, A. Manual de Psicologia Hospitalar: o mapa da doença. São Paulo. Casa do Psicólogo, 2013.

VEIT,M. T.;CARVALHO,V. A. Psico-Oncologia: um novo olhar para o câncer. O Mundo da Saúde, São Paulo: 2010;34(4):526-530

III CONGRESSO DE PSICOLOGIA: as diversas faces do cuidar.
De 26 a 28 de abril de 2018. Belém – PA/
HANGAR – Centro de Convenções da Amazônia
Volume 03 – ISSN: 2526-527X
CADERNO DE TRABALHOS COMPLETOS
http://revistas.unama.br/index.php/anaispsicologia/index

A INVESTIGAÇÃO DO PROCESSO DE ELABORAÇÃO DO LUTO PELO PSICOLOGO NA ÁREA HOSPITALAR: UMA REVISÃO DE LITERATURA

SOUZA, Ana
GALVÃO, Renan
NASCIMENTO, Gabriela

INTRODUÇÃO

O luto pode ser definido segundo os autores Silva (2013), Gomes e Gonçalves (2014), Freud (1915), Kovács (1992) e Kubler-ross (1996) como o sentimento/sensação de pesar relacionado com a perda de algo ou alguém. Para Silva (2013) e Gomes e Gonçalves (2014) o luto funciona como instrumento de manutenção da saúde mental, é natural, necessário, e que por mais que se caracterize como processo inerente a todos, diante daquilo que se foi perdido, pode se diferenciar em relação à forma em que é experenciado, variando de padrões comportamentais até ao tempo de duração.

Tal sentimento pode perdurar ao longo da vida do indivíduo, agravando-se para um quadro patológico, como também pode durar apenas por um certo período de tempo. Nesse período algumas fases são identificadas como: negação, raiva, barganha, depressão e aceitação (Kubler-Ross 1996). Por ser um fenômeno constantemente apresentado na área hospitalar, o estudo desse tema busca direcionar um olhar para o profissional da saúde e como esse processo pode afetar o mesmo, quais ferramentas esse profissional pode desenvolver durante sua prática para lidar com a perda do outro, levando em consideração as próprias questões emocionais desse profissional. Desse modo, a importância da compreensão de forma geral do luto, pelo profissional da saúde, ocorre a princípio quando a equipe começa a falar e debater sobre a problemática, quebrando o recorrente hábito que o indivíduo desenvolveu durante os anos, de não falar sobre a morte.

Apesar de carregar a responsabilidade de salvar vidas, os profissionais da saúde dentro de seu campo de atuação, estão inevitavelmente propensos a entrar em contato com a morte e o processo de luto. Ter conhecimento acerca deste processo contribui para o melhor manejo diante da situação de perda, que sempre vem acompanhada de medo, frustração, fracasso, sofrimento, raiva e angustia. Sendo

assim, o profissional da saúde deve busca o equilíbrio entre essas duas ações, onde deverá se implicar, com seus sentimentos, frustrações e expressões que poderão surgir ao longo de seus atendimentos como tristeza e dor, sempre respeitando os limites éticos da sua profissão.

OBJETIVO GERAL

Investigar o processo da elaboração do luto, por parte do psicólogo atuante na área hospitalar, a partir de publicações em periódicos Brasileiros datados de 2000 a 2017.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Tem-se como objetivos específicos: a) conhecer o processo de luto para a psicologia; b) investigar a existência do preparo do psicólogo hospitalar para lidar com o processo de luto; c) investigar a existência de possíveis redes de assistências ofertados ao psicólogo enlutado; d) fazer levantamento da quantidade de material publicado a respeito do tema: psicólogo que vivencia o luto; e) fazer levantamento da quantidade de material publicado a respeito do tema.

METODOLOGIA

A pesquisa bibliográfica é definida por Gerhardt e Silveira (2009) como uma pesquisa que se fundamenta em fontes bibliográficas, e tem como objetivo colher as diferentes contribuições cientificas disponíveis sobre o tema escolhido. Método esse que será utilizado para a elaboração do presente trabalho.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

A partir do levantamento de dados foram obtidos 183 artigos da base de dados LILACS, destes 33 foram selecionados e apenas 18 foram utilizados para a realização da discussão. Enquanto na base de dados SCIELO foram encontrados 115 artigos, 20 foram selecionados pelos resumos, porém utilizando apenas 12 na discussão.

BASE DE DADOS	NUMERO	UTILIZADOS
LILACS	183	18
SCIELO	115	12

Tabela 1. Demonstrativo da quantidade de publicações no geral de acordo com as bases de dados, e a quantidade de artigos utilizados para inclusão no trabalho.

Nota-se na tabela a seguir que houve a incidência maior de artigos publicados nos anos de 2013 e 2017, exclusivamente pela base de dados Scielo. E que as publicações de artigos com a temática do luto tornaram-se frequente em ambas as bases de dados a partir do ano de 2011. Porém, a base de dados que mais comportou artigos durante o período pesquisado de 2000 a agosto de 2017 foi a base de dados LILLACS.

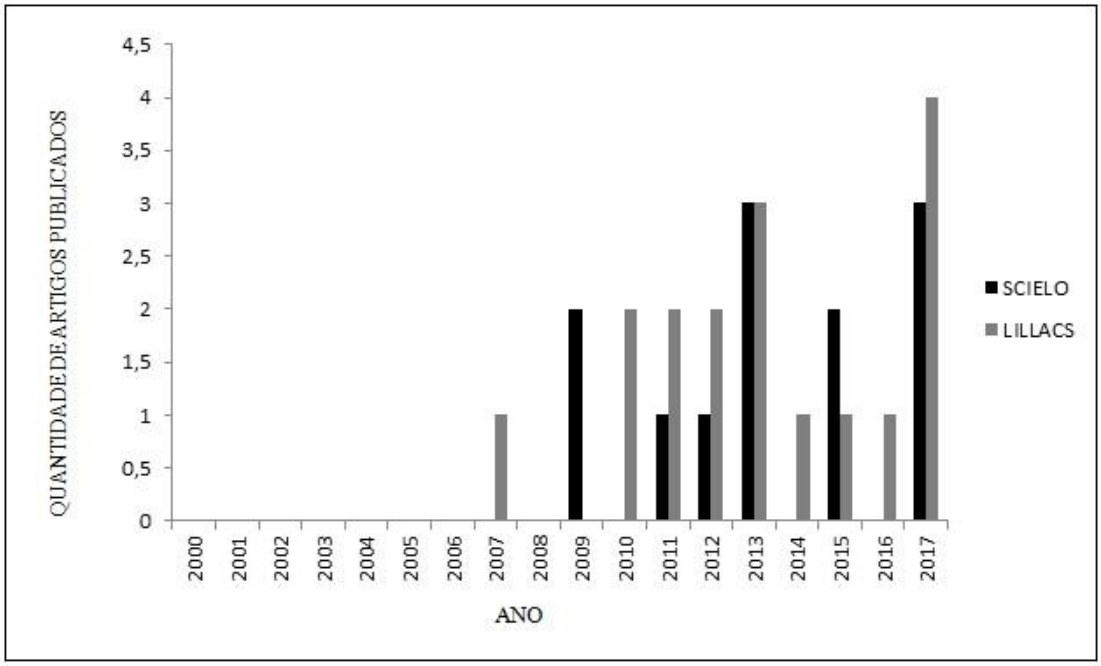


Figura 2: Distribuição dos artigos na amostra, número de artigos por ano de incidência.

DEFINIÇÃO DO QUE É PSICOLOGIA HOSPITALAR E PSICOLOGIA DA SAÚDE

Dentre artigos selecionados para a realização da pesquisa em apenas três foram encontrados para a realização, de acordo com os autores dos referentes artigos, a conceituação do que seria psicologia hospitalar e da saúde. Segundo Cerezetti (2012) psicologia em hospitais ou instituições de saúde visa o trabalho com a saúde, caracterizando a psicologia hospitalar e da saúde como um subcampo da psicologia, tendo como principal característica a presença do profissional psicólogo nas equipes de saúde em situações que ajudam o controle, a prevenção e a reabilitação de pessoas. O autor define psicologia hospitalar como uma vertente inclusa dentro da psicologia saúde, sendo a psicologia da saúde um ramo da psicologia que busca compreender os motivos pelos quais as pessoas adoecem e as

formas por elas adotadas para lidar com a doença assim como as maneiras utilizadas para se manterem saudáveis.

Malagris, et al. (2010) afirma que psicologia da saúde busca a compreensão do papel das variáveis psicológicas sobre a manutenção da saúde, o desenvolvimento de doenças e seus comportamentos associados, ressaltando que o trabalho do psicólogo na área seria a de realização de intervenções que visam a prevenção de doenças, o auxílio no manejo ou enfrentamento das mesmas, e o desenvolvimento de pesquisas referentes a área em que atuam.

Em relação ao ambiente de atuação Sarafino (2014) diz que o psicólogo da saúde pode trabalhar em hospitais, clinicas e departamentos acadêmicos de faculdades e universidades. Sobre a psicologia hospitalar afirma que é uma área desenvolvida recentemente e que tem atraído muitos profissionais, se configurando como campo do entendimento e tratamento dos aspectos psicológicos em torno do adoecimento e internação.

Para a American Psychological Association (APA) (1978) a psicologia da saúde é um campo de contribuição, tanto cientifica quanto profissional, especificamente da psicologia, que tem em vista fatores como a promoção e manutenção de saúde, prevenção e tratamento de doenças.

De modo geral a concepção dos autores sobre a conceituação de psicologia da saúde entra em consenso. Definem a psicologia da saúde como campo da psicologia que visa o trabalho acerca do adoecimento e os possíveis impactos e significações que o processo do adoecer pode causar ao indivíduo, ressaltando como seus objetivos a manutenção, prevenção, promoção e tratamento de doenças.

O PSICÓLOGO DENTRO DO AMBIENTE HOSPITALAR

O hospital como campo de atuação da psicologia se configura como um local de diferentes demandas, estendendo-se ao início e fim da vida. No contexto hospitalar o profissional da psicologia se encontra inserido dentro de uma equipe multidisciplinar, sendo seu trabalho indissociável da interação com profissionais de outras áreas e, ainda com o hospital enquanto instituição. O psicólogo especialista em psicologia hospitalar participa da prestação de serviços de nível secundário ou terciário da atenção à saúde, e realizam atividades como atendimento psicoterápico, atendimento em ambulatórios, unidade de terapia intensiva. (UTI), enfermarias no geral, avaliação diagnostica, psicodiagnóstico, consultoria e Inter consultoria (Conselho federal de

psicologia, 2001). Além do atendimento fornecido pelo psicólogo a pacientes e familiares, Lemos e Cunha (2015) e Parkes (1998) ressaltam que o psicólogo hospitalar pode fornecer suporte psicológico aos integrantes da equipe multidisciplinar, trabalhando a sensibilização, parceria e a orientação nos momentos delicados. Tal tipo de atendimento, de acordo com Parkes (1998), justifica-se pela probabilidade de mobilização diante do processo de perda, que podem gerar sentimentos de fracasso e impotência, por parte dos profissionais que fazem parte da equipe.

O trabalho do psicólogo hospitalar tem ganhando cada vez mais importância no cenário de atividades do psicólogo na atualidade. Obedece às especificidades do ambiente hospitalar e adéqua a pratica original em consultórios a um novo modelo de atendimento, diferenciando-se pela menor duração do período de atendimento e pela fragilidade do corpo e do psíquismo consequentes do adoecimento e o risco eminente de morte (SILVA, 2015).

Gorayeb (2001) afirma que a atuação do psicólogo no ambiente hospitalar tem como funções o apoio, o esclarecimento e o de informar o enfermo sobre sua doença e prognóstico, favorecendo o relacionamento entre paciente e equipe em todos os âmbitos de suas demandas na instituição hospitalar.

Como uma das características do trabalho do psicólogo hospitalar é referente ao atendimento aos usuários e familiares vivenciando processo de terminalidade e morte, Kubler-Ross (1998) ressalta que a família também deve ser levada em consideração, já que os impactos referentes ao adoecimento de um paciente também afetam seus familiares, e a forma de reação dos familiares diante a esse processo contribuem diretamente nas reações dos próprios pacientes.

Segundo Kovács e Junqueira (2008) apesar do trabalho do psicólogo lidar frequentemente com questões referentes à terminalidade e morte no contexto hospitalar, essa temática ainda não é tratada de forma aprofundada nos cursos de graduação, pós-graduação e extensão em psicologia. Sobre esse processo de terminalidade e morte dentro do hospital Kovács (1992) diz que o processo psicoterápico deve enfatizar a expressão de sentimentos, a melhora da qualidade de vida e a facilitação da comunicação.

O benefício trazido pela atuação do psicólogo hospitalar nas intervenções feitas em processos de terminalidade beneficia não apenas a pessoa enferma, beneficiam

também os familiares, diminuindo a probabilidade de ocorrência de sintomas psicopatológicos futuros, como depressão e ansiedade consequentes da perda e do luto não elaborado (BOWBLY,1998; BROWN,2001).

De modo geral Mattarazzo (1980) conclui que o psicólogo desenvolverá um conjunto de práticas educacionais, profissionais e científica que objetivam promover e manter a saúde da população, além de prevenir e tratar doenças, e Junior (1997) destaca que o trabalho do psicólogo no hospital é muito mais abrangentes do que aquelas referidas ao atendimento individual e de caráter psicoterapêutico como se é visto nos modelos tradicionais clínicos e pertencentes a um formação individualista e vinculada ao modelo médico.

PROFISSIONAIS DA SAÚDE NO AMBIENTE HOSPITALAR

Para início dessa temática os autores selecionados foram Pessini e Barchifontane (2002), pois em seu artigo falam sobre a formação dos profissionais de saúde, quando ressaltam que a maioria ainda segue o modelo biomédico, que prioriza o curar em detrimento do cuidar. Juriqueira e Kovács (2008) nos trazem que a implementação do modelo de atendimento humanizado, depende da formação acadêmica recebida pelos profissionais de saúde, novamente trazendo o tecnicismo quando sobreposto ao atendimento humanizado, isso leva o profissional a privilegiar uma postura distanciada e insensível em relação ao outro.

Desse modo, a prática desumanizada é abordada por Santos e Cardoso (2011) como perigosa, fazendo com que os autores chamem a atenção para a necessidade e importância da oferta de estratégias educativas efetivas, relacionadas à como o profissional pode lidar com a morte e o processo de morrer. Soares (2007) concorda com os autores ao afirmarem que em cursos de graduação na área de saúde, apesar de o cuidado a família do doente ser pouco abordado, os programas voltados para preparação dos estudantes para atuar junto a família de pessoas em processo de terminalidades obtém resultados positivos.

Podemos observar que uma das maiores barreiras encontradas no processo de formação e aprendizagem do profissional, é em relação às vertentes relacionadas a morte. Na atualidade é um item que já está sendo discutido, porém muitos ainda são os profissionais que preferem manter o distanciamento do assunto. Seja por questões pessoais ou mesmo por não ter sido introduzido o suficiente durante sua formação,

causando estranheza e recusa a aquilo que é culturalmente evitado. Talvez por acreditar que ao manter distância da temática da morte, menor seja o impacto da mesma sobre si.

Sendo assim, Cardoso e Santos (2017) citam uma proposta no âmbito das políticas públicas, denominada de: Humaniza SUS (Brasil, 2006). Criado como uma possibilidade para que os trabalhadores da saúde tentem superar esse sentimento de impotência que recai sobre os mesmo em situações relacionados ao luto. Um dos seus objetivos é o de buscar desfragmentar os processos de trabalho que imperam no âmbito hospitalar, já que as consequências dessa fragmentação do processo de cuidado são as de isolamento do profissional, fazendo com que o mesmo se sobrecarregue, gerando cansaço e sofrimento emocional. O humaniza SUS busca criar no âmbito hospitalar espaços para produção comum de conhecimento, levando em consideração a especificidade de cada conhecimento para que seja assegurado a integralidade do cuidado.

Conclui-se que a atuação do profissional da saúde no âmbito hospitalar foi norteada por questões relacionadas à sua formação, o que em geral exige uma prática humanizada, pois sem uma qualificação adequada para lidar com qualquer tipo de situação no âmbito hospitalar o profissional acaba por encontra-se perdido, o que refletirá em sua atuação na posterioridade. O luto é uma das situações no qual esse profissional pode se encontrar, por isso o trabalho em equipe deve ser bem articulado para que tais profissionais se sintam à vontade de compartilhar seus saberes, contando com a ajuda da psicologia para auxilia-los nesse processo.

CONSIDERAÇÕES SOBRE O LUTO

De acordo com Bowlby (1990) o luto é a reação natural diante de um processo de perda ou ruptura de um vínculo significativo, em que se havia um investimento afetivo entre o enlutado e o que se foi perdido, ressaltando que a dimensão do processo de luto a ser vivenciado pode variar de acordo com o grau de apego entre o indivíduo e o objeto perdido. Para Schiliemann et al. (2002) o luto é definido como processo de elaboração e perda real ou fantasiosa, que todas as pessoas passam em variados momentos da vida, podendo variar de intensidade no momento de crise. Segundo Parkes (1998) os traços mais característicos no processo de luto são episódios de dor aguda, com ansiedade e dor psíquica em que o enlutado sente muita saudade da pessoa que morreu, chora ou chama por ela. Esslinger (2008) afirma que toda a morte

de um ente querido dá início ao processo de luto e que determinadas reações são esperadas, sendo a intensidade de como essas reações são vivenciadas um fator indicativo de que processo está seguindo seu curso natural ou de forma complicada.

Segundo Barbosa (2010), Franco (2010) e Raquel (2006) o luto considerado normal é o processo em que o indivíduo compreende e aceita a perda, conseguindo eventualmente se adaptar as condições de vida sem aquilo que se foi perdido. já para Franco(2001) luto complicado se caracteriza quando o indivíduo vivência uma desorganização prolongada que o incapacita de retomar suas atividades com a qualidade anterior a perda.

Wenden (2013) destaca que durante o processo de luto complicado o indivíduo pode passar pelas seguintes manifestações: expressão de sentimentos intensos que persistem mesmo muito tempo após a perda; somatizações frequentes; mudanças radicais no estilo de vida que tendem ao isolamento; episódios depressivos, baixa autoestima e impulso autodestrutivo. Enquanto Cardoso (2013) ao falar sobre o processo de luto normal, destaca as emoções e sentimentos intensos, que podem se caracterizar como: choque, negação, ambivalência, revolta, barganha, depressão e aceitação.

Franco (2014) define luto antecipatório como processo vivenciado pelo indivíduo em que o mesmo experiencia a perda antes de ter efetivamente ocorrido, permitindo despedidas, resoluções de pendências, início da construção de novos significados, identidades e relações.

De acordo com Kubler Ross (1992) existem etapas no processo de perdas significativas, no qual descreveu como estágios, sendo eles caracterizados como: negação, raiva, barganha, depressão e aceitação. Muitos autores baseiam-se nessa autora para falar do processo de luto, pois suas fases são referência para qualquer conteúdo que tenha como objetivo discorrer sobre o luto. Suas fases são validadas havendo apenas a inclusão de mais informações pesquisadas por autores sobre os processos do luto.

Na fase da negação, o enlutado trata a perda como inexistente, Kubler-Ross (1992) afirma que a negação é a forma de entrar em contato com notícias que são inesperadas ou chocantes de forma gradativa. Pincus (1989) acrescenta a essa fase, como sendo o momento no qual o enlutado se encontra cercado pela família e amigos, e que os arranjos precisam ser feitos: velório, capela, sepultamento e pertencentes

pessoais, entre outros. Lin e Lasker, (1996); Stedeford, (1986). Concluem que é o momento no qual o enlutado sente dificuldade em acreditar na veracidade do acontecimento e tem esperanças que tudo seja um engano, entrando em consenso com o que a autora descreve como características da fase da negação.

A próxima fase de Kubler-Ross (1992) é a raiva, na qual os autores Bowlby, (1973/1998) Stedeford, (1986). Identificam como dor e aflição de quando termina a fase de negação, e o indivíduo se depara com a árdua tarefa de entrar em contato com a realidade, na qual precisará afastar-se internamente da pessoa perdida. Nesse momento o enlutado sente-se perdido e abandonado e tenta construir barreiras contra a agonia da dor. Kubler-Ross (1992) afirma que a pessoa se sente tomada pela raiva em seguida, especificando a fase seguinte. Outra fase é caracterizada como barganha segundo a autora. Nesse momento há uma tentativa de mudar o fato da perda através de “trocas’, principalmente com Deus. A depressão fase onde se vivencia a tristeza e o indivíduo se retrai e reflete sobre o acontecimento. Por fim, a aceitação, fase em que finalmente o indivíduo passa a aceitar a perda.

A relação dos indivíduos com o luto apresenta-se das mais variadas formas, por isso muitos estudos têm sido desenvolvidos a partir dela, principalmente quando se fala sobre luto normal e o luto patológico. Encontra-se uma grande dificuldade na definição de tais termos já que para Carvalho e Meyer (2007) as reações que o indivíduo tem frente a morte podem ser das mais variadas não sabendo-se ao certo o que pode ser considerado normal ou não. Porém Hogan e Schimdt (2001) afirmam que a dificuldade no entendimento do luto normal ocorre pela escassez de instrumentos de estudo relacionada ao luto.

Sendo assim, Oliveira e Lopes (2008) atentam sobre os sentimentos decorrentes da perda sofrida pelo indivíduo, na qual seus sentimentos não devem ser ignorados, e sim valorizados e acompanhados. Essa fase é importante, pois possibilita para o indivíduo uma percepção sobre a morte, e que é uma situação real, para que o próximo passo seja o enfrentamento do luto. É importante que o indivíduo se sinta amparado não só pela equipe de saúde de um hospital, mas como por todas as pessoas ao seu redor, Silva et al. (2006) fala sobre isso quando afirma que quando o indivíduo não possui espaço para se expressar, seu sentimento de solidão se amplia o que pode trazer ou exacerbar ainda mais seu sofrimento e angústia.

PSICOLOGIA E LUTO

De acordo com Pessini e Barchifontane (2002) a formação de profissionais da saúde ainda encontra-se muito centralizada na busca de curar em detrimento de cuidar, ocasionando como consequência a assimilação do processo de morte como evidencia de fracasso terapêutico, e não como parte de um processo natural da condição humana. Junqueira e Kovács (2008) acrescentam que a formação acadêmica recebida pelos profissionais da saúde prioriza o tecnicismo, privilegiando uma postura distanciada e insensível em relação ao outro, tornando emergencial a oferta de estratégias educativas efetivas de como lidar com a morte e o processo de morrer, sem ignorar as consequências desse processo como potencialmente desestabilizador emocional aos profissionais da saúde (Santos e Bueno, 2011).

Pesquisas comprovam a escassez, ou até mesmo, a inexistência de estudos em relação a questões relacionadas a morte e do morrer, reforçando a impressão de que a temática ainda é compreendida como tabu pelos profissionais acadêmicos (Bernieri, & Hirdes, 2007; Junqueira, & Kovács, 2008; Marta, Marta, & Job, 2009; Santos, & Bueno, 2011; Santos, & Hormanez, 2013; Vieira, Ford, Santos, Junqueira, & Giami, 2013).

Kovács (2003) afirma que a perda de um paciente pode configurar como situação desencadeadora de ansiedade e intenso estresse emocional, gerando, o que Penello e Magalhães (2010) descrevem como zona de silenciamento, que acaba por gerar lacunas na comunicação entre a tríade paciente, família e profissionais. Muitas vezes o despreparo dos profissionais diante da morte e o processo de morrer, impossibilita o direito do paciente e das famílias de expressarem seus pensamentos sentimentos, preferência e pendências, dificultando o processo de elaboração do luto (Liberto 2005). Sendo assim O trabalho do psicólogo é de auxiliar o amadurecimento emocional, que possibilita a adaptação à nova realidade, sem a presença de um ente querido que se perdeu.

O luto pode ser vivenciado de várias formas, variando de normal, patológico e antecipatório. Em relação ao processo de luto antecipatório, o trabalho do psicólogo no caso de pacientes terminais tem como objetivo ajuda-los a alcançar o senso de aceitação da vida e, assim, de aceitação a morte (BREIBART,2011). Além disso, o estímulo a expressão de sentimentos e desejos, tem como intuito tornar possível a realização de metas dentro do tempo de vida restante (MENEZES 2011). Kovács (1992) também ressalta, que o processo psicoterápico em situação de morte e luto

deve enfatizar a expressão dos sentimentos, a melhora da qualidade de vida e a facilitação da comunicação. Cabe aos profissionais de saúde inseridos nesse contexto a oferta de uma assistência adequada, humanizada e holística, assistência esta que deve se pautar no reconhecimento e compreensão dos aspectos cognitivos e emocionais envolvidos na situação de perda (Santos et al., 2012).

O aconselhamento para o luto pode ser oferecido por pessoas especializadas, como psicólogos, psiquiatras, assistentes sociais podendo ser realizado de forma coletiva ou individual (Parkes, 1998), sendo papel da psicologia ajudar, não só pacientes, mas também os familiares, de se apropriarem do que estão vivenciando, de modo que, posteriormente consigam falar sobre o ocorrido, assimila-lo e aceita-lo.

Após a leitura dos artigos utilizados para a elaboração da pesquisa, podemos perceber que no relato de vários autores, as formações dos profissionais em graduação não preparam para a vivencia direta com morte e o processo de luto, ressaltando que existe muito despreparo dos profissionais para lidar com essa demanda, o que acaba por prejudicar não só manejo da situação com pacientes e familiares, como também o manejo dos próprios sentimentos diante da finitude e o sentimento de fracasso decorrente da perda de um paciente.

Outro ponto comum observado nas publicações é a importância do atendimento da tríade paciente, família e equipe, levando em consideração que o processo de morte e luto pode ter efeitos em todos os envolvidos. Destaca-se também a importância da disponibilização de atendimento adequado, liberdade de expressão de sentimentos e angustias, possibilitando a elaboração de um luto saudável contribuindo para a aceitação mais rápida, e de forma menos traumática a passagem pelo processo de perda.

CONCLUSÃO

Conclui-se que muitos são os artigos produzidos relacionados à temática da elaboração do luto, e que essa pesquisa só vem ganhando forca com o passar do tempo, mostrando que o luto também é um processo pelo qual o psicólogo precisa estar capacitado para vivenciar. Pontua-se que esse profissional atuante especificadamente na área hospitalar, estará suscetível a situação de perda a qualquer momento de sua atuação. Como psicólogo da saúde, atuante na área hospitalar, o contato com o luto é muito frequente e faz parte do cotidiano dos profissionais.

Os artigos mostram que a partir do momento em que esse profissional consegue estabelecer uma relação saudável com a temática, melhor será a sua atuação no futuro, minimizando a possibilidade de uma reação que o desestabilize quando sua intervenção for necessária. Os autores, aqui lidos, estão atentos para isso, já que o tema é colocado como prioridade, quando falam de atendimento humanizado e capacitação dos profissionais da saúde, ressaltando que as formações dos profissionais em graduação não os prepara para a vivência direta com morte e o processo de luto. Vale lembrar que existe muito despreparo dos profissionais para lidar com essa demanda, o que acaba por prejudicar não só manejo da situação com pacientes e familiares, como também o manejo dos próprios sentimentos diante da finitude decorrente da perda de um paciente.

Por fim, visualiza-se a necessidade de produções sobre o luto e o psicólogo, com o objetivo de produzir novas pesquisas sobre o tema, dentro de uma exploração empírica. Vale pontuar que publicação de relato de experiências, partindo do próprio psicólogo que vivenciou o luto na instituição também são ferramentas úteis, para que acadêmicos, profissionais e até mesmo a sociedade entrem em contato com a perspectiva de alguém que já vivenciou o assunto estudado. A temática do luto, não deve ser debatida apenas quando relacionado ao ambiente hospitalar, pois ela pode ocorrer em qualquer ambiente no qual o psicólogo está inserido, sendo assim, encorajamos a expansão do assunto, para que esse tabu seja desmistificado, capacitando ainda mais o profissional da psicologia no auxílio de suas demandas.

Muito se discute acerca do cuidado com pacientes e familiares diante de uma perda, porém pouco se fala a respeito da significação e possíveis impactos da morte para os profissionais da saúde. Tidos como cuidadores, muitas vezes são esquecidos no processo e negligenciados em relação aos seus próprios sentimentos diante da finitude da vida. Desta forma a temática do luto não deve ser debatida apenas quando relacionado ao ambiente hospitalar, pois ela pode ocorrer em qualquer ambiente no qual o psicólogo está inserido.

REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *DSM-5*: manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014

CEREZETTI, C. Orientações psicológicas e capacidade reativa de pessoas ostomizadas e seus familiares. São Paulo, 2012. Disponível em: www.lilacs.bvsalud.org

KUBLER-ROSS, E. Sobre a morte e morrer. São Paulo: Editora Martins Fontes,1996.

SILVA, C. A morte e elaboração do luto na visão de alguns autores. 2013. Disponível em: < https://psicologado.com/atuacao/tanatologia/a-morte-e-a-elaboracao-do-luto-na-visao-de-alguns-autores

III CONGRESSO DE PSICOLOGIA: as diversas faces do cuidar.
De 26 a 28 de abril de 2018. Belém – PA/
HANGAR – Centro de Convenções da Amazônia
Volume 03 – ISSN: 2526-527X
CADERNO DE TRABALHOS COMPLETOS
http://revistas.unama.br/index.php/anaispsicologia/index

ESTRESSE NO ENSINO SUPERIOR: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA PSICOLÓGICA

SOUZA, Anne Caroline de Sousa
anne.caroline.42.sousa@gmail.com
COSTA, Niamey Granhen Brandão

INTRODUÇÃO

O termo estresse está relacionado à um estado de tensão no organismo em que o equilíbrio é rompido (Lipp, 2000). O fenômeno é descrito como uma relação específica entre o homem, seu ambiente e as circunstâncias às quais está submetido, que são interpretadas pelo sujeito como uma ameaça que compromete o seu bem estar (LIPP, 2000).

Nodari et al. (2014) e Lipp (2000) apontam que os estressores – estímulos ou eventos que causam uma excitação no organismo – afetam os indivíduos de acordo com a percepção que estes têm sobre os mesmos. Ou seja, um evento ou estímulo que pode ser considerado estressor para uma pessoa, pode não ser para outra. Entretanto, Lipp (2000) indica que existem estressores "universais", ou que têm uma probabilidade maior de ser fonte de estresse para um maior número de pessoas, como a morte de uma pessoa querida ou a perda de um emprego, por exemplo.

De modo geral, um estímulo estressor é caracterizado como tudo que excede a capacidade adaptativa dos indivíduos. Além disso, um evento ou estímulo estressor pode ser interpretado como tal pelas propriedades da personalidade da própria pessoa (NODARI et al., 2014; LIPP, 2000). Nodari et al. (2014) indicam que o modelo de estresse criado por Hans Selye, a Síndrome de Adaptação Geral (SAG), subdivide-se em três fases: fase de alerta, fase de resistência e fase de exaustão. Lipp (2000) acrescenta ainda uma quarta fase – a de quase exaustão.

A primeira fase é caracterizada pela resposta de fuga ou de agressão ao estressor. Esse momento é entendido como um estágio de adaptação, onde o organismo pode voltar ao estágio de equilíbrio. A segunda fase, a fase de resistência, ocorre quando o organismo mobiliza forças para lidar com o agente estressor. Este estágio também é caracterizado pela permanência do organismo em estado de alerta. Além disso, em razão do organismo mobilizar uma quantidade de energia significativa para combater o estressor, o indivíduo fica mais vulnerável às patologias.

A fase de exaustão trata-se do momento em que o organismo encontra-se extenuado, não há mais forças defensivas a serem mobilizadas no combate aos agentes estressores. A fase de quase exaustão proposta por Lipp (2000) situa-se entre a fase de resistência e a fase de exaustão e é caracterizada por considerável vulnerabilidade física e emocional. Assim como nos estágios de resistência e exaustão, há uma propensão ao surgimento de patologias, que é maior se comparada à fase de resistência e menor do que na fase de exaustão.

Filgueiras e Hippert (1999) apresentam algumas das críticas comumente feitas ao conceito de estresse. Uma das críticas fundamentais é a de que o termo parece ter se tornado uma panaceia, com diferentes fenômenos sendo abarcados pelo mesmo conceito. Nesse sentido, o estresse ora surge como um fenômeno simples e passageiro, ora como um fenômeno obscuro e complexo (FILGUEIRAS; HIPPERT, 1999).

No ensino superior, o estudante tem que lidar com novas exigências e vivenciar as transformações que marcam a entrada na vida adulta. Pacanaro e Santos (2007) postulam que o ambiente acadêmico expõe os alunos a situações que demandam uma constante adaptação que pode ser avaliada como estressora. Ainda acerca desta tese, Pacanaro e Santos (2007) descrevem que a entrada no ensino superior exige que o estudante apresente recursos cognitivos e emocionais complexos para lidar com o novo ambiente. O estresse acadêmico é um fenômeno complexo, que deve ser analisado por variáveis inter-relacionadas, tais como: estressores acadêmicos, experiência subjetiva do estresse e moderadores do estresse (PACANARO; SANTOS, 2007).

OBJETIVOS

Realizar uma revisão sistemática de artigos publicados nos últimos 10 anos (2006 - 2016) acerca do estresse no ensino superior em periódicos científicos dentro do campo da Psicologia. Os objetivos específicos foram: verificar quais conceituações de estresse têm sido utilizadas e analisar os principais resultados obtidos nestas pesquisas.

METODOLOGIA

Este é um estudo de natureza teórica. Foi realizada a revisão sistemática de artigos por meio da expressão temática "estresse em alunos do ensino superior" no Google Acadêmico. A seleção inicial ocorreu a partir de breve leitura dos títulos de modo a excluir os artigos que não se relacionavam à temática.

Em seguida, foram selecionados os estudos científicos que se adequavam aos critérios de inclusão e exclusão desta pesquisa. Dessa forma, os critérios de inclusão foram: artigos indexados em periódicos brasileiros de Psicologia publicados de 2006 a 2016, que consistissem em pesquisas primárias; além disto, foram aceitas pesquisas que investigavam mais de um construto, desde que um deles fosse o estresse, e estudos que avaliavam os estressores no contexto acadêmico. Adotou-se como critério de exclusão os artigos não publicados em periódicos de Psicologia, teses, dissertações, anais de eventos, pesquisas estrangeiras e publicações sem acesso online e gratuito.

Os artigos foram analisados de modo a preencher as categorias temáticas: “conceituações de estresse utilizados” e “principais resultados obtidos pelas publicações”.

DISCUSSÕES

Foram identificados 27 artigos que abordavam o estresse no ensino superior. Destes, 11 pesquisas se adequaram aos critérios de inclusão deste trabalho. Os artigos selecionados foram numerados segundo a ordem cronológica de publicação.

A seguir serão destacados a revista indexada, o ano de publicação e a metodologia das pesquisas: “Incidência do estresse e formação médica” (2006 – Revista de Psicologia da UNESP), metodologia empírica –quantitativa (1); “Stress entre calouros e veteranos de jornalismo” (2007 – Estudos de Psicologia), metodologia empírica – quantitativa (2); “Níveis de estresse e características sociobiográficas de alunos de pós-graduação” (2009 – Psicologia em Revista), metodologia empírica – quantitativa (3); “Investigação e manejo de eventos estressores entre estudantes de Psicologia” (2011 – Revista Brasileira de Terapias Cognitivas), metodologia empírica – quantitativa – qualitativa (4); “Habilidades Sociais e administração de tempo no manejo de estresse” (2012 – Arquivos Brasileiros de Psicologia), metodologia empírica – quantitativa (5); “Estresse, ansiedade, crenças de autoeficácia e o desempenho dos bacharéis em Direito” (2012 – Avaliação Psicológica), metodologia

empírica – quantitativa (6); “Sintomas de estresse em concluintes do curso de Psicologia de uma faculdade privada do norte do país” (2013 – Mudanças – Psicologia da Saúde), metodologia empírica – quantitativa (7); “Estresse e Estressores na Pós-Graduação: Estudo com Mestrandos e Doutorandos no Brasil” (2013 – Psicologia: Teoria e Pesquisa), metodologia empírica – quantitativa (8); “Estresse e fatores associados em alunos de Psicologia de uma universidade particular do Sul do Brasil” (2015 – Aletheia), metodologia empírica – quantitativa (9); “Relação entre a Qualidade de Vida e o Estresse em acadêmicos da área da Saúde” (2015 – Estudos Interdisciplinares em Psicologia), metodologia empírica – quantitativa (10); “Prevalência de Sintomas de Stress entre graduandos de uma universidade pública” (2016 – Psicologia da Educação), metodologia empírica – quantitativa (11).

Observa-se um leve aumento de publicações a partir de 2012, um movimento que vai ao encontro das observações de Pacanaro e Santos (2007), que, em suas revisões sobre a temática, apontaram que estudos sobre estresse acadêmico no Brasil ainda eram incipientes. Deve-se considerar, contudo, que a presente pesquisa realiza um recorte na literatura pesquisada, sendo apenas incluídas as revistas do campo da Psicologia.

A maior parte das pesquisas apresentam metodologia do tipo empírica - quantitativa (1, 2, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10 e 11) e objetivam medir níveis de estresse e/ou identificar estressores no ensino superior e correlacionar o estresse com algum outro construto, como qualidade de vida e manejo de tempo. Pacanaro e Santos (2007) também sinalizaram que a maior parte das publicações recuperadas em sua pesquisa apresentavam o mesmo aporte metodológico.

Pode-se pensar que este tipo de pesquisa possa estar ligado ao fato de haver um instrumento validado no Brasil para mensuração do estresse, o Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (ISSL), conforme lembram Pacanaro e Santos (2007). Ou, ainda, em razão de ser inviável a identificação de estressores comuns a um mesmo grupo, o que tornaria propícia uma investigação exploratória (LIPP, 2000). Sugere-se, assim, que investigações qualitativas possam ser realizadas sobre o estresse no ensino superior de modo a possibilitar a escuta dos sujeitos e de suas vivências na condição de estudantes. Promovendo o que Filgueiras e Hippert (1999) chamam de ouvir o outro para além de um rótulo ou diagnóstico e permitindo que se promovam novas discussões acerca dessa problemática.

Dos onze artigos recuperados, dez (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 9, 10 e 11) apresentam uma abordagem psicofisiológica do estresse. A abordagem psicofisiológica concebe o estresse como um conjunto de reações físicas e psicológicas ao agente estressor. Há ainda um aspecto mediacional do ambiente, uma vez que este agente deve ser percebido como estressor pelo próprio sujeito (NODARI et al., 2014). Nesse sentido, além desses estudos utilizarem os estudos de Selye como referência e possuírem ênfase nos aspectos fisiológicos do processo de estresse, há também uma incorporação de fatores psicológicos a esta dinâmica. Assim, o estresse deixa de ser compreendido como uma resposta inespecífica do organismo para ser um processo dependente da percepção do sujeito acerca do que é um agente estressor para si (NODARI et al., 2014).

Filgueiras e Hippert (1999) indica que esta compreensão teórica acerca do estresse constitui a forma mais adotada na Psicologia e que implica um distanciamento da teoria formulada por Selye. No bojo desta abordagem, tem-se como principal representante no Brasil, a pesquisadora Marilda Lipp. O impacto dos estudos de Lipp acerca do estresse pode ser visualizado por meio da frequência com que esta pesquisadora é referenciada nas pesquisas analisadas neste trabalho. Assim, das onze pesquisas selecionadas, nove (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 9 e 10) referenciam algum trabalho da pesquisadora, o que demonstra a popularidade e reconhecimento desta nos estudos sobre estresse nos meios científicos brasileiros, em especial na Psicologia.

Lipp criou e validou instrumentos de mensuração do estresse (ISSL – versão infantil e para adultos) e possui um laboratório de investigação deste construto, o Laboratório de Estudos Psicofisiológicos do Stress (LEPS) ligado à PUC Campinas, que tem sido referência na área (LIPP, 2000). A utilização das postulações de Lipp parecem estar atreladas também ao instrumento criado por esta. Das pesquisas analisadas, dez (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 9, 10 e 11) utilizam o ISSL como instrumento de mensuração do estresse. O outro instrumento utilizado é a Escala de Estresse Percebido (8).

Há evidente predominância do uso do ISSL nas pesquisas sobre estresse no ensino superior nos periódicos de Psicologia. Essas observações corroboram os achados de Pacanaro e Santos (2007), que em suas pesquisas sobre estresse educacional, identificaram o ISSL como um dos instrumentos mais utilizados para mensuração do

estresse, com prevalência de 34,8% da amostra investigada (19 artigos), no caso deste último. Assim, pode-se pensar que o uso frequente do ISSL ocorra pelo fato de se tratar de um dos poucos instrumentos validados no Brasil na mensuração deste construto. Dessa forma, a abordagem psicofisiológica, que propõe ainda uma quarta fase no modelo de estresse de Selye – formando o chamado —modelo quadrifásico de Lipp‖ – parece ter crescido em repercussão juntamente com o uso do instrumento criado por Lipp; e que é mensurada, consequentemente, pelo ISSL. Isso não significa dizer que este modelo explicativo tem sido o único a ser consultado dentro de uma visão psicofisiológica sobre estresse no Brasil, mas que é um estudo de grande relevância nas pesquisas sobre estresse no país (NODARI et al., 2014).

Quanto à pesquisa que não utilizou a abordagem psicofisiológica (8), a definição apresentada é caracterizada como psicossocial, na qual há o destaque da percepção dos indivíduos acerca dos estressores presentes em seu ambiente. Esse posicionamento teórico se aproxima de postulações como a de Richard Lazarus conforme indicam Nodari et al. (2014), que enfoca as variáveis mediacionais dos agentes estressores.

Nesse sentido, aspectos da personalidade e determinantes cognitivos influenciariam no estresse (NODARI et al., 2014). Não há, contudo, um aprofundamento acerca desta base teórica nesses estudos. Além disso, essa pesquisa não utilizou o ISSL como instrumento de mensuração de estresse. Cabe aqui destacar que Lipp também é influenciada pelos estudos de Lazarus, representados pelos aspectos mediacionais agregados na sua compreensão da dinâmica do estresse e que não estavam presentes no modelo de Selye (NODARI et al., 2014). No entanto, a consideração de uma reação fisiológica no processo de estresse a distância de uma compreensão fundamentalmente psicológica.

Outro ponto a ser destacado é como o estresse acadêmico é compreendido nessas pesquisas. Observa-se que a pesquisa que investiga estresse em estudantes da área da saúde (1) concebe o estresse como indissociado da própria prática médica. Assim, lidar com o adoecimento e a morte seriam agentes estressores para esse grupo, como fica explanado nesta publicação. Nesta compreensão sobre o estresse, a exposição aos estressores não poderia ser evitada, restando ao estudante encontrar estratégias que permitam lidar com o estresse, diminuindo, assim, as consequências deste na saúde e qualidade de vida do sujeito (PACANARO; SANTOS, 2007).

As demais pesquisas (2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 e 11), por outro lado, concebem o estresse acadêmico neste contexto como um movimento ligado ao processo de transição da adolescência para a vida adulta, conforme aponta Lipp (2000). Dessa forma, o estresse seria um elemento intríseco ao processo de tornar-se adulto. A vida acadêmica traria, ainda, demandas que sobrecarregariam o estudante, como prazos mais rígidos, complexidade maior de trabalhos e novas formas de se relacionar com o outro (LIPP, 2000). Há que se pensar, no entanto, que alguns elementos parecem funcionar como estressores para uma grande parcela de estudantes como sugerem Lipp (2000) e Nodari et al. (2014). Entre os quais se destacam a situação financeira e as mudanças decorrentes da inserção em um novo espaço.

Assim, sugere-se a investigação do impacto desses estressores na vida dos estudantes, de modo a verificar como se dá a permanência dos alunos na universidade, e de que modo a qualidade de vida é comprometida ao longo da formação acadêmica. Tal problemática parece ser pertinente na atual realidade das Instituições de Ensino Superior (IES) públicas e privadas, haja vista o maior acesso de alunos com renda mínima à este nível de ensino (PACANARO E SANTOS, 2007).

Observa-se, portanto, nas pesquisas aqui revisadas, uma compreensão do estresse como algo inerente à vida, ainda que possa trazer prejuízos ao organismo caso não seja mantido em equilíbrio. O estresse no ensino superior, por sua vez, é compreendido como um movimento natural neste nível de ensino, pois colocaria demandas características deste espaço ao alunado. Assim, as conjunturas geralmente classificadas como estressoras, como a sobrecarga de trabalhos tendem à não ser pensadas e problematizadas como parte de um sistema maior.

Dentre as pesquisas avaliadas, a fase de resistência foi a mais reportada, especialmente, nas pesquisas que utilizaram o ISSL. Nove (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 10 e 11) dos onze artigos selecionados obtiveram essas fases do estresse em seus resultados. Esses dados corroboram a literatura sobre estresse no ensino superior, que identificam a fase de resistência como a mais vivenciada nesse nível de ensino (LIPP, 2000). Esta fase é caracterizada pelo enfrentamento do organismo aos estressores; e por mobilizar energia para esse enfrentamento, o organismo fica mais vulnerável às patologias (NODARI et al., 2014; LIPP, 2000).

A pesquisa número 8 não utilizou o ISSL, mas a Escala de Estresse Percebido. Este instrumento apresenta 14 itens no formato de perguntas (Se sentindo nervoso e

estressado?) escala tipo likert de cinco pontos e escore de 0 a 56 pontos. Os itens são divididos em sete positivos (sete primeiros) e sete negativos (sete últimos). Os positivos são submetidos a correção para escore final. Nesse sentido, o nível de estresse encontrado na pesquisa 8 é de 29,1 pontos; as mulheres apresentaram maior nível de estresse (30,4%) que os homens (26,1%). Não houve identificação de sintomas psicológicos ou/e físicos. Em razão da não utilização do ISSL não houve categorização dos níveis de estresse na amostra investigada.

Os resultados aos quais chegaram os estudos aqui investigados apontam que os alunos do ensino superior tendem a experimentar um nível significativo de estresse. Ainda que a fase de resistência seja o segundo estágio e, portanto, menos nociva do que a fase de exaustão, a literatura aponta que pode haver comprometimento do desempenho acadêmico, da qualidade de vida e da saúde mental dos estudantes nesta fase (LIPP, 2000; NODARI et al., 2014).

Outro achado das pesquisas é que os sintomas manifestados no estresse são, em geral, sintomas psicológicos. Dessa forma, dos onze estudos avaliados, seis (1, 3, 4, 5 e 11) referem sintomas psicológicos como os predominantes na amostra investigada, enquanto dois (2 e 7) indicam sintomas físicos como os mais referidos nas pesquisas; três estudos (6, 9 e 10) não apresentaram dados ligados à predominância de um tipo ou outro de sintomas. Apesar de não ser possível um indicativo mais preciso acerca da predominância de um dado tipo de sintomatologia, pois três artigos não explicitam esta informação; o número de estudos que referem o predomínio de sintomas psicológicos são consoantes aos apontamentos das pesquisas que investigam estresse (LIPP, 2000; NODARI et al., 2014).

Os sintomas psicológicos são caracterizados como depressão, falta de concentração, falhas na memória, impulsividade, decisões equivocadas e etc. (NODARI et al., 2014).

Destaca-se aqui que o ISSL é um inventário composto, entre outros, de uma lista de sintomas psicológicos e uma lista com sintomas físicos, o que pode facilitar a identificação da sintomatologia (LIPP, 2000). Com relação à divisão por gênero, percebe-se um indicativo maior de estresse no sexo feminino, já que nove (1, 2, 3, 4, 5, 8, 9, 10 e 11), dos onze artigos, chegaram a estes resultados corroborando a literatura consultada (LIPP, 2000; NODARI et al., 2014).

Lipp (2000) indica, ainda, que a jornada dupla ou, até mesmo, tripla estaria ligada a maior vulnerabilidade ao estresse nas mulheres. Assim, o acúmulo de papeis sobrecarregaria mais estes grupos. Contudo, algumas das pesquisas revisadas apresentam dados sociodemográficos que indicam similaridade entre condições sociais de estudantes do sexo masculino e feminino, como situação conjugal, presença ou não de filhos e trabalho concomitante ao estudo. Nesse sentido, sugere-se que novas pesquisas sejam realizadas a fim de tentar compreender melhor esta questão.

CONCLUSÃO

Investigar o estresse no ensino superior mostrou-se uma tarefa tão profícua quanto árdua. Isso se deveu ao fato de que o conceito de estresse parece ainda pouco preciso, a despeito das pesquisas que têm sido realizadas no campo. Junto à temática do estresse, outros construtos vão emergindo como Coping e Burnout, que apresentam conceituações ora semelhantes ora diferentes do conceito que aqui discutimos. Assim, selecionar os estudos a serem revisados constituiu uma trabalhosa tarefa.

A revisão de artigos que abordam o estresse no ensino superior indica que esta ainda é uma área de pouco interesse pela Psicologia. Os estudos realizados são voltados para medição de níveis de estresse e/ou identificação de estressores e sabe-se muito pouco sobre as demandas tradicionalmente apontadas como estressoras, como é o caso da vida acadêmica. Nesse sentido, pesquisas que questionem se essas demandas eram vivenciadas de maneira semelhante em outras épocas ou se a contemporaneidade implica necessariamente em exigências geradoras de estresse, podem ser propostas de investigações que aprofundem o estudo desta temática.

Soma-se a essa proposta, a possibilidade de utilização de outros métodos de pesquisa que possam enriquecer este campo. Sugere-se ainda a investigação da prevalência de estresse no sexo feminino apontada em grande parte da literatura consultada. Este é um dado que inspira cuidado, uma vez que o estresse pode resultar em severos comprometimentos da saúde física e mental.

Algumas das limitações deste estudo dizem respeito à própria delimitação metodológica, no caso, a consulta ter se restringido aos periódicos de Psicologia. Já que a investigação das publicações acerca do estresse no ensino superior em outros

campos do conhecimento pode permitir comparações entre pesquisas e um vislumbre maior sobre a área. Além disso, uma revisão sistemática que realize um levantamento sobre as regiões que mais realizam pesquisas sobre a temática pode indicar quais núcleos ou departamentos tem desenvolvido pesquisas.

Por fim, reitera-se que a revisão apontou que o estresse no ensino superior parece ser uma constante. São preocupantes os dados que indicam a prevalência de estresse em grande parte dos grupos investigados. Ainda que os dados não possam ser generalizados, os resultados indicam que estar no ensino superior também gera sofrimento. A prevalência de sintomas psicológicos indica, ainda, que a saúde mental é a mais fortemente comprometida no processo, podendo evoluir para quadros de depressão e ansiedade, além de interferir no rendimento acadêmico.

Entende-se, portanto, este campo como lugar a ser estudado pela Psicologia, que tem por premissa ética o cuidado com o outro. Nesse sentido, a pouca publicação sobre estresse no ensino superior tende a dificultar que esta área ganhe visibilidade e legitimidade científica e, consequentemente, não seja revertida em programas e políticas públicas de amparo ao estudante deste nível de ensino.

Referências:

FILGUEIRAS, J. C.; HIPPERT, M. I. S. A polêmica em torno do conceito de estresse. Psicologia: Ciência e Profissão, Brasília, v.19, n. 03, p. 40-51, 1999.

LIPP, M. E. N. O Stress está dentro de você. 2. ed. São Paulo: Contexto, 2000.

NODARI, N. L. et al. Estresse, conceitos, manifestações e avaliação em saúde: revisão de literatura. Revista Saúde e Desenvolvimento Humano, v. 2, n. 1, p. 6174, Maio 30, 2014.

PACANARO, S. V.; SANTOS, A. A. A. Avaliação do estresse no contexto educacional: análise da produção de artigos científicos. Avaliação Psicológica, v. 6, n. 2, p. 253-260, 2007.

III CONGRESSO DE PSICOLOGIA: as diversas faces do cuidar.
De 26 a 28 de abril de 2018. Belém – PA/
HANGAR – Centro de Convenções da Amazônia
Volume 03 – ISSN: 2526-527X
CADERNO DE TRABALHOS COMPLETOS
http://revistas.unama.br/index.php/anaispsicologia/index

POSSÍVEIS INFLUÊNCIAS NA PRÁTICA DO BULLYING: UMA PESQUISA COM ESTUDANTES DO MUNICÍPIO DE BRAGANÇA/PA

LEÃO, Lucas D.
LIMA, Altiere. D.P.
SANTIAGO, David R.
SOUZA, Livia. B

INTRODUÇÃO

Dentro da escola, a violência não é uma realidade apenas dos tempos atuais, de certa forma, ela sempre fez parte da sala de aula durante a infância até a adolescência. Ainda de acordo com Francisco (2009) atualmente, se tem presenciado este fenômeno tornar-se constante tomando grandes proporções na sociedade, anteriormente esporádicas. Neste contexto, vários estudos vêm sendo desenvolvidos para contribuir com a extinção, ou pelo menos, a minimização desta violência dentro do ambiente escolar. Esta modalidade de violência ganhou um novo termo, chamado *bullying,* e é conceituado por Olweus apud de Carvalho (2012), como um tipo de violência na qual a vítima está exposta, repetidas vezes ou por um longo período, a ações negativas advindas de uma ou mais pessoas, a fim de causar danos psicológicos ou mal-estar, podendo ser este feito de forma verbal, física e/ou sexual, onde os agressores veem as suas vítimas como um alvo fácil. As jovens vítimas de *bullying* geralmente são caracterizados como pessoas tímidas, com autoestima baixa e dificuldade de reagir em situações de agressões, retraindo-se, e esse pode ser um dos motivos que contribuem para a evasão escolar (BARROS, Paulo Cesar et al., 2009). Esta modalidade de agressão pode ser identificada por meio de algumas ações, como: colocar apelidos, zombar, ofender, discriminar, humilhar, isolar, ignorar, intimidar, perseguir, assediar, amedrontar, agredir, roubar, abusar, quebrar pertences e expor a vítima, entre outras ações, podendo ser praticado de duas formas, pessoalmente ou por meio da internet, este último denominado como *Cyberbullying*.

O bullying é um dos principais agentes causadores da depressão, uma vez que este promove o desencadeamento de problemas emocionais e baixa autoestima, prejudicando a evolução saudável do indivíduo afetado, comprometendo não só seu desenvolvimento de aprendizagem, mas também de suas habilidades sociais

(ALMEIDA & LISBOA, 2014). Segundo Caballo (2003), " as habilidades sociais são entendidas como comportamentos que expressam sentimentos, atitudes, opiniões ou direitos de uma forma adequada e eficaz para o contexto social, respeitando outras pessoas e sendo eficazes para a resolução de problemas".

Apesar das suas grandes proporções e possíveis consequências para o desenvolvimento psicossocial dos jovens, o *bullying* tem sido socialmente negligenciado, já que muitos adultos o consideram inevitável e "normal" nos anos escolares e, por vezes, encaram-no como algo o qual faz parte da iniciação à vida adulta (Freire et al., 2006; Lopes Neto, 2005; Mascarenhas, 2006), quando na realidade são ataques perversos, que ultrapassam os muros da escola, tomando dimensões incalculáveis, principalmente nos tempos atuais com o uso, cada vez mais precoce, das redes sociais. Sendo assim, são gestos que não devem ser considerados como brincadeiras entre jovens, nem admitido como uma situação corriqueira e natural, ora se há sofrimento, em qualquer uma das partes, logo não pode ser considerado como uma recreação inofensiva.

Cabe a psicologia intervir no enfrentamento e prevenção do *bullying*, porém, é necessário compreender este fenômeno como resultante de outros fatores e relações, considerando as esferas sociais, familiares, escolares e individuais, tendo clareza que elas vão se diferenciar de acordo com seus contextos (Freire et tal., 2012). Escolheu-se fazer esta pesquisa no município de Bragança/PA, por convite da escola local, devido ao número de casos apresentados no seu ambiente escolar.

OBJETIVO

O objetivo desta pesquisa foi compreender e comentar a respeito do modo em que o gênero, a satisfação escolar e as relações familiares podem influenciar na prática ou não do *bullying*.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa de campo, quantitativa e qualitativa onde aplicou-se um questionário com 10 perguntas para os alunos do ensino médio, de escolas públicas e privadas, residentes do município de. Bragança, no Pará, com idades entre 16 e 36 anos. As perguntas geravam respostas do tipo "sim" ou "não", buscando-se identificar o gênero o qual cada participante se reconhecia; se gostava da sua escola; se já foi

vítima de bullying; se relatou a alguém sobre a violência; a quem contou que sofreu *bullying;* se alguma vez já praticou *bullying* e se os pais, em algum momento, haviam conversado sobre *bullying* em casa. Os dados coletados foram comparados com outras pesquisas de nível nacional disponibilizadas na literatura acadêmica, por meio das bibliotecas virtuais Scielo e Google Scholar.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos 55 alunos entrevistados, 47% se identificavam como gênero masculino e 53% como feminino, entre os participantes 93% eram de escolas públicas. Dos alunos entrevistados, 99% já conheciam a palavra *bullying;* 67% deles já presenciaram situações de violência na escola; 71% relataram já ter sido vítimas deste tipo de violência; 56% dos alunos que afirmaram serem vítimas relataram a violência para alguém, enquanto os outros 44% nunca falaram sobre o assunto; 53% reconheceram já ter praticado *bullying*, sendo 60% desses agressores do sexo masculino e apenas 48% do sexo feminino; 60% dos entrevistados afirmam que os pais nunca conversaram sobre o tema em casa; quando perguntado se gostavam da escola, 75% dos alunos responderam “sim”, outros 18% responderam “gosto muito”, enquanto apenas 7% afirmaram não gostar.

Segundo resultados da pesquisa nacional de saúde do escolar (PeNSE) realizada no ano de 2009 em escolas públicas e particulares em todas as capitais brasileiras, quando observamos em relação a variável gênero, o fator “não sofrer *bullying”* é mais frequente entre as meninas (70%) do que entre os meninos (67%); O município de Bragança/PA acompanha os dados nacionais, pois, segundo a pesquisa feita pelo projeto Psicologia nas Ruas no município, entre os alunos entrevistados, 38% do sexo feminino não sofreu nenhum tipo de violência escolar, enquanto para o sexo masculino, apenas 19% não foram vítimas de *bullying*. Sendo assim, 81% dos meninos já foram vítimas e para as meninas a porcentagem é de 62%. Outra pesquisa revela que no Brasil, 40% dos estudantes estão envolvidos na prática de *bullying*, com 24% desses agressores do sexo masculino e 16% do sexo feminino. Constatando que no geral, tanto o praticar, como o sofrer *bullying* é mais comum entre meninos (CARVALHO MALTA, Deborah et al., 2010; SCHULTZ, Naiane Carvalho Wendt et al., 2012). A pesquisa feita em Bragança/PA confirma esses dados, devido ter

apresentado índices maiores de agressores e de vítimas entre alunos do gênero masculino.

NETO (2005) afirma para o Jornal de Pediatria da Sociedade Brasileira de Pediatria que os alunos praticantes de *bullying* são menos satisfeitos com a escola e a família, mais propensos ao absenteísmo e à evasão escolar. Sendo assim, Bragança/PA diverge desta estatística devido à alta porcentagem de agressores que afirmam gostar da escola (93%). Porém, a pesquisa no município ainda mostra que entre os entrevistados, 100% dos insatisfeitos com a escola, já sofreram *bullying*. Ainda no estudo para o Jornal de Pediatria, também é indicado que a prevalência de estudantes vítimas é de até 46%, e de agressores, chega aos 30%. Comparado com essa pesquisa, o município tem a variável ‘‘agressores’’ acima da média nacional, chegando a 53% entre os entrevistados.

Uma pesquisa semelhante à que foi aplicada em Bragança, no Pará, foi feita no outro extremo do país, em uma escola de Porto Alegre/RS com cerca de 1.600 alunos, e mostra que o percentual de alunos entrevistados os quais foram vítimas de bullying e não relataram as agressões sofridas, chega à expressivos 12% (ROLIM, Marcos, 2008). No município de Bragança/PA, essa taxa é ainda maior (44%), entre os alunos entrevistados. Normalmente, os adolescentes vítimas de *bullying* na escola sentem medo de denunciar as agressões sofridas para os professores e outros profissionais da escola e até mesmo em casa para os pais por vergonha e/ou medo de represálias dos agressores, e assim, acabam tendo que lidar sozinhos com toda pressão psicológica e emocional desencadeados pela violência, causando em muitos casos a evasão escolar e em outros mais extremos, o suicídio (DE OLIVEIRA, Josi Rosa, 2012).

Entre os entrevistados, 60% afirmam que os pais nunca conversaram sobre o *bullying* em casa. Autores observam o quão nos primeiros estágios do desenvolvimento, os pais conseguem ter um efeito regulador maior em crianças que apresentam comportamento agressivo através de condutas como a prática do *bullying* (TORTORELLI, Mariana, te al., 2010). Convém destacar o que foi mencionado por Olweus (1993), sobre pais de alunos agressores desconhecerem a participação dos filhos em situações de bullying e, particularmente, dos que são padecedores não terem conhecimento das violências sofridas por seus filhos, além de raramente conversarem sobre o assunto (Lisboa & Koller, 2004). A falta de diálogo entre pais-

filhos sobre a temática e o menor tempo de interação da família, além de outras questões de esfera familiar, como o aumento de estresse familiar e relações parentais endurecidas e punitivas estão associadas ao envolvimento dos filhos à práticas de *bullying* na escola (DE OLIVEIRA, Wanderlei Abadio et al., 2015), bem como as famílias de alunos que são apenas vítimas tendem a ser superprotetoras, especialmente pela parte materna, a qual apresenta um monitoramento excessivo e intrusivo em relação aos filhos (Pinheiro & Williams, 2009), o que faz essas vítimas demonstrarem-se frágeis e socialmente inibidas justamente em virtude dos relacionamentos intrafamiliares excessivamente protetores.

CONCLUSÃO

Podemos concluir através desta pesquisa de campo e em outros estudos disponíveis na literatura acadêmica que existe uma predisposição maior do gênero masculino ao envolvimento na prática de *bullying*, e em sua maioria tem como receptores outros meninos. Outro dado importante do nosso estudo é a grande influência desempenhada pela esfera familiar na contribuição do comportamento de um aluno agressor. Pesquisas indicam que alunos agressores, em sua maioria, descendem de famílias que utilizam métodos agressivos de correção e são descritas como hostis e permissivas (Pinheiro & Williams, 2009). Em nossas entrevistas ficou evidente o quanto esta temática do bullying é ausente dentro dos lares de Bragança/PA e ainda, quando esteve presente foi através de relatos dos jovens, em função de terem sido vítimas de violência na escola. Porém, além da importância do debate com os filhos sobre o tema, também é preciso que haja a conscientização dos adultos sobre o modo que as relações intrafamiliares interferem diretamente no comportamento dos seus filhos.

Em Bragança/PA, a insatisfação escolar está 100% relacionada a casos de vítimas de *bullying*. Isto nos sinaliza para que haja uma maior atenção, por parte dos docentes e dos pais, com as crianças e adolescentes que demonstram falta de interesse e evasão escolar, pois o principal fator é sofrer violência dentro da sala de aula. Se faz necessário também, um maior comprometimento dos pais e uma relação mais próxima dos mesmos com a escola, para os quais possam se conscientizar da rotina dos seus filhos e dos problemas enfrentados no ambiente escolar, como por

exemplo este fenômeno do bullying, atuando como aliados na orientação dos seus filhos (LISBOA et al., 2009).

Como forma de prevenção, é preciso atuar nas três esferas: jovens, família e escola. É fundamental que entre os jovens e família seja aplicado a psicoeducação focal e psicoterapia individual (Gajardo, 2009). As escolas devem ser habilitadas para identificar possíveis casos de violência entre pares e fazer os devidos encaminhamentos, além de promover campanhas que abordem a temática. O psicólogo escolar é um profissional que pode trabalhar em parceria com o corpo docente na promoção de um bom processo de ensino-aprendizagem, pois pode observar, avaliar e intervir em situações como a violência e nas relações em geral dentro da escola. Há inúmeras possibilidades de ação do psicólogo escolar para trabalhar essas relações. Freire e Aires (2012), destacam que o psicólogo deve atuar de forma preventiva no ambiente escolar, contribuindo para a construção de relações mais saudáveis, a partir de intervenções que promovam temas como solidariedade, tolerância, generosidade, empatia, e respeito as diferenças, envolvendo toda a comunidade escolar, pois todos devem estar preparados para enfrentar o problema do *bullying*. Sugere-se que outras pesquisas como esta sejam desenvolvidas, com coleta maior de dados, para melhor entendimento desta prática de violência que vem se perpetuando como cultural na vida escolar dos jovens, e para debater-se formas de combates e prevenções contra o *bullying*, o papel dos professores e instituições nesse combate e informações para as famílias.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Lisete Silva; LISBOA, Carolina. Habilidades sociais e bullying: uma revisão sistemática. Contextos Clínicos, v. 7, n. 1, p. 62-75, 2014.

BARROS, Paulo Cesar; CARVALHO, João Eloir; PEREIRA, Beatriz Oliveira. Um estudo sobre o bullying no contexto escolar. 2009.

CABALLO, V. 2003. Manual de avaliação e treinamento em habilidades sociais. São Paulo, Santos Livraria e Editora.

DE OLIVEIRA, Josi Rosa; GOMES, Magda Altafini. Bullying: reflexões sobre a violência no contexto escolar. Educação Por Escrito, v. 2, n. 2, 2012.

DE OLIVEIRA, Wanderlei Abadio et al. Interfaces entre família e bullying escolar: uma revisão sistemática. Psico-USF, v. 20, n. 1, p. 121-132, 2015

FRANCISCO, Marcos Vinicius et al. Um estudo sobre bullying entre escolares do ensino fundamental. 2009.

FREIRE, Alane Novais et al. A contribuição da psicologia escolar na prevenção e no enfrentamento do Bullying. 2012.

FREIRE, Isabel P.; VEIGA SIMÃO, Ana M.; FERREIRA, Ana S. O estudo da violência entre pares no 3º ciclo do ensino básico-um questionário aferido para a população escolar portuguesa. Revista Portuguesa de Educação, v. 19, n. 2, 2006.

GAJARDO, M. 2009. Detener la violencia en las escuelas: Programas que aciertan en América Latina. In: C. BERGER; C. LISBOA (eds.), Agresión en contextos educativos: reportes de la realidad Latinoamericana. Santiago, Editorial Universitaria.

LISBOA, C.S.M.; KOLLER, S.H. 2004. Interações na escola e processos de aprendizagem: Fatores de risco e proteção. In: A. BZUNECK; E. BORUCHOVITCH (eds.), Aprendizagem e escola. Petró- polis, Vozes, p. 201-224.

LISBOA, Carolina; BRAGA, Luiza de Lima; EBERT, Guilherme. O fenômeno bullying ou vitimização entre pares na atualidade: definições, formas de manifestação e possibilidades de intervenção. Contextos Clínicos, v. 2, n. 1, p. 59-71, 2009.

MALTA, Deborah Carvalho et al. Bullying nas escolas brasileiras: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), 2009. Ciência & Saúde Coletiva, v. 15, p. 3065-3076, 2010.

MASCARENHAS, Suely. Gestão do bullyinge da indisciplina e qualidade do bem-estar psicossocial de docentes e discentes do Brasil (Rondônia). Psicologia, Saúde & Doenças, v. 7, n. 1, p. 95-107, 2006.

NETO, Aramis A. Lopes. Bullying: comportamento agressivo entre estudantes. Jornal de pediatria, v. 81, n. 5, p. 164-172, 2005.

PINHEIRO, Fernanda Martins França; DE ALBUQUERQUE WILLIAMS, Lúcia Cavalcanti. Violência intrafamiliar e intimidação entre colegas no ensino fundamental. Cadernos de Pesquisa, v. 39, n. 138, p. 995-1018, 2009.

ROLIM, Marcos. “Bullying”: o pesadelo da escola, um estudo de caso e notas sobre o que fazer. 2008.

SCHULTZ, Naiane Carvalho Wendt et al. A compreensão sistêmica do bullying. 2012.

TORTORELLI, M. F. P., CARREIRO, L. R. R., & ARAUJO, M. V. (2010). Correlações entre a percepção da violência familiar e o relato de violência na escola entre alunos da cidade de São Paulo. *Revista Psicologia Teoria e Prática,12*(1), 32-42.

III CONGRESSO DE PSICOLOGIA: as diversas faces do cuidar.
De 26 a 28 de abril de 2018. Belém – PA/
HANGAR – Centro de Convenções da Amazônia
Volume 03 – ISSN: 2526-527X
CADERNO DE TRABALHOS COMPLETOS
http://revistas.unama.br/index.php/anaispsicologia/index

UM ESTUDO SOBRE O ATENDIMENTO PSICOLÓGICO ÀS MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA CONJUGAL

PINTO, Israele Bozetti Biancardi
MENDES, Luciene Carvalho
VALENTE, Márcio Bruno Barra

INTRODUÇÃO

O respectivo trabalho aborda um estudo investigativo acerca de como é dado o processo de atendimento psicológico às mulheres vítimas de violência conjugal, tendo por objetivo expor elementos que correspondem a importância do atendimento psicológico, e quão o profissional da área de psicologia pode favorecer no processo de empoderamento e enfrentamento feminino, verificando de que maneira o acolhimento e escuta desses profissionais interferem para a promoção da saúde mental dessas vítimas, que vivenciam agressões - físicas, sexuais, verbais, psicológicas, morais, patrimoniais e de gênero, almejando assimilar os efeitos produzidos por intermédio das habilidades desempenhadas por psicólogos(as), descrevendo quais são as principais motivações que levam algumas delas a permanecerem em suas relações conjugais abusivas, sistematizando e difundindo conhecimento no tocante das práticas psicológicas.

Os estudos de Freud reconhecem a questão de permanência em situações de violência conjugais abusivas correlacionadas ao narcisismo de homens e mulheres, haja vista que para as mulheres existe um desejo de ser amada e não de amar, onde as mulheres dirigem uma parte de sua libido para si, o que não acontece com os homens; exteriorizando assim uma atitude narcisista, como se não admitissem perder o lugar que antes ocupara de ser amada e desejada plenamente, não obstante essa estratégia utilizada para retomar esse amor é se degradando, se subalternando em um cenário de violência e desprezo procedente do seu cônjuge.

> É fácil observar, além disso, que o investimento libidinal de objetos não aumenta o amor-próprio. A dependência do objeto amado tem efeito rebaixador; o apaixonado é humilde. Alguém que ama perdeu, por assim dizer, uma parte de seu narcisismo,

> e apenas sendo amado pode reavê-la. Em todos esses vínculos o amor-próprio parece guardar relação com o elemento narcísico da vida amorosa. (FREUD, 1914-1916, p. 31).

MÉTODOLOGIA

O presente estudo consiste em um trabalho investigativo acerca de como é dado o processo de atendimento psicológico às mulheres vítimas de violência conjugal, vivenciado por discentes do 5° semestre do curso de Psicologia da Universidade da Amazônia – UNAMA-SER EDUCACIONAL, desenvolvido na disciplina: métodos e técnicas de pesquisas.

No que se refere à sistematização desse processo foi produzido um levantamento bibliográfico que aconteceu através de buscas aos sites - Scielo e Google, por meio de palavras chaves, sendo elas - Violência conjugal contra mulher, a 1ª pesquisa a ser realizada no qual obtivemos 38 trabalhos; Mulheres em relações de violência, a 2ª pesquisa realizada resultando 1 trabalho; e Atuação psicólogo violência, a 3ª pesquisa resultando 9 trabalhos do qual nos subsidiou em informações apresentadas.

Em bases de dados científicos, a pesquisa de caráter exploratório, intencionou-se a descobrir certa aproximação com o tema investigado, objetivando aferir a importância do atendimento psicológico dado às mulheres vítimas de violência conjugal mediante tais levantamento de dados exposto.

DISCUSSÕES

Levantamentos históricos enunciam que a violência conjugal sempre representou para as mulheres, o medo e o aprisionamento, em relações conjugais desiguais de poder, desde o princípio das organizações familiares o papel feminino tem sido estabelecido demasiadamente constituído pela subserviência.

Posto que a violência doméstica é considerada um problema de saúde pública relevantemente séria, visto que impede, prejudica ou anula o desfrute por parte dela dos direitos humanos e das liberdades fundamentais presentes no artigo 1° da declaração universal dos direitos humanos que diz: “Todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e em direitos”. Ao sofrer esses maus tratos a mulher acarreta perdas significativas em sua saúde física, sexual e psicológica, e consequentemente na sua qualidade de vida.

A violência doméstica é também um problema cultural, ou até mesmo vista como a cultura do silêncio, de gênero ou de submissão, reflexo de uma educação machista de que o homem não pode perder, e a razão dessa violência alguns afirmam ser a negação da igualdade entre homem e mulher, somadas a pressão por parte de familiares. O medo e a falta de informação surgem frequentemente diante da situação paralisando e inibindo algumas mulheres a buscarem ajuda, logo essa conduta é marcada pela baixa de auto estima, isolamento social e familiar, ligadamente a sentimento de culpa oriunda da vitimizada, quando esse posicionamento aumenta a dependência e limita a possibilidade de amparo, ao internalizar o sentimento de culpabilidade, passa então a se sentir “merecedora da agressão”, justificadas por suas falhas.

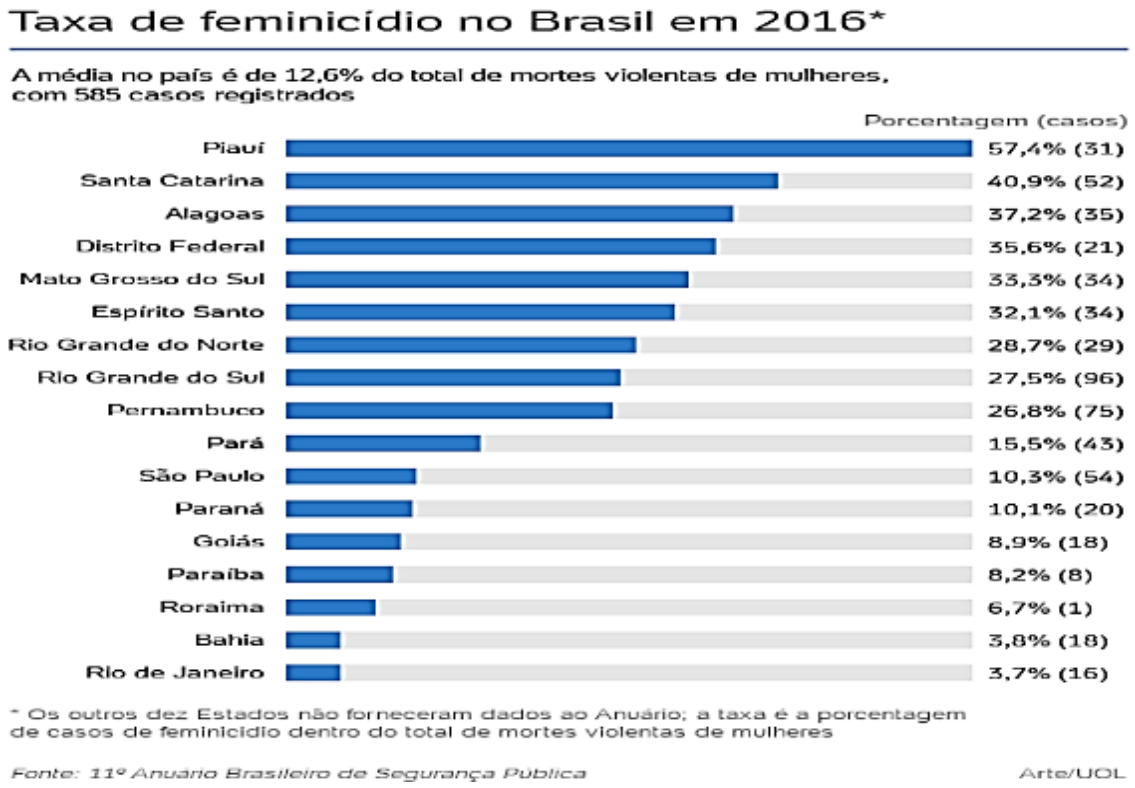
Dados estatísticos segundo a secretaria de segurança Pública do Pará – SEGUP, apontam que no ano de 2011 foram registrados 6.319 casos de violência contra mulher na região metropolitana de Belém, já em 2012 tiveram 6.207 casos registrados, ainda segundo a pesquisa, o crime mais cometido é o de lesão corporal, e em segundo lugar, é o de ameaça. Além disso, constatou ainda que a maioria das denúncias é feita de forma anônima. O balanço apresentado refere-se as ocorrências policiais registradas na divisão especializada de atendimento à Mulher - DEAM, da Policia Civil no município da região metropolitana de Belém.

O estudo aponta conforme gráfico abaixo uma discrepância em números de prisões ainda muito baixo, comparado a número de casos registrados; onde expõe 238 prisões efetivadas em 2011 e 275 em 2012. Porém de acordo com Departamento Intersindical de estatística e estudos socioeconômicos - DIEESE/PA, o grande número de casos é sinal de que os casos vêm sendo denunciados pelas vítimas ou por terceiros.

GRÁFICO

Dentro da pesquisa estatística da secretária de segurança pública do Pará (SEGUP), podemos perceber uma queda no registro de caso de violência contra a mulher nos anos de 2011 para 2012, isso pode ser explicado pelos registros de prisões no mesmo período, como tem sido um número muito baixo de prisões em comparação com os registros e somado a isso todas as outras dificuldades sócio histórica e psicológica podemos compreender esta queda na denúncia, porém não pode-se ser ingênuo na gravidade dos casos ainda apontados como índices altíssimos como mostra o gráfico de feminicídio do anuário brasileiro de segurança pública de 2016.

GRÁFICO DE FEMINICÍDIO



Ressaltamos que todos os crimes citados são referentes à lei n°11.340, de 2006, mais conhecida como lei Maria da Penha, que visa proteger a mulher da violência doméstica e familiar. A mesma serve para todas as pessoas que se identificam com o sexo feminino, hétero e homossexuais. Isto quer dizer que as mulheres trans também estão incluídas. Igualmente, a vítima precisa estar em situação de vulnerabilidade em relação ao agressor.

A referida lei ganhou este nome devido à luta incansável da farmacêutica, Maria da Penha, brasileira, natural do Ceará para ver seu agressor condenado, após sofrer constantes agressões por parte do marido do qual tentou matá-la com um tiro de espingarda em 1983, que apesar de ter escapado da morte, deixou-a paraplégica, ainda não satisfeito, ao retornar à casa, o marido tentou eletrocutá-la, foi então quando criou coragem para denuncia-lo.

Em 1994, Maria da Penha lança o livro "*Sobrevivi...posso contar*" onde narra as violências sofridas por ela e pelas três filhas.

Da mesma forma, resolve acionar o Centro pela Justiça e o Direito Internacional (CEJIL) e o Comitê Latino Americano e do Caribe para a Defesa dos Direitos da Mulher (CLADEM).

Estes organismos encaminham seu caso para a Comissão Interamericana de Direitos Humanos da Organização dos Estados Americanos - OEA, em 1998.

O caso de Maria da Penha só foi solucionado em 2002 quando o Estado brasileiro foi condenado por omissão e negligência pela Corte Interamericana de Direitos Humanos. Desta maneira, o Brasil teve que se comprometer em reformular suas leis e políticas em relação à violência doméstica.

Anos depois de ter entrado em vigor, a lei Maria da Penha pode ser considerada um sucesso. Apenas 2% dos brasileiros nunca ouviram falar desta lei e houve um aumento de 86% de denúncias de violência familiar e doméstica após sua criação em consequência de Prisão do suspeito de agressão, a violência doméstica passar a ser um agravante para aumentar a pena, não sendo possível mais substituir a pena por doação de cesta básica ou multas, amparadas por medidas protetivas como ordem de afastamento do agressor à vítima e seus parentes, tendo por direito a assistência econômica no caso da vítima ser dependente do agressor. Evidenciamos ainda que atualmente a mulher vítima de violência conta com vários tipos de serviços

assistenciais que se estendem desde serviços médicos, psicológicos até aconselhamentos jurídicos.

Dados processados pelo software Alceste revelam a coexistência de concepções tradicionais de gênero com ações de insubordinação dessas mulheres como trabalho assalariado, amizades, e questionamento da vida sexual. Esses aspectos, sinalizadores do empoderamento das mulheres, relacionam-se à agressividade dos parceiros que, excluídos dos debates feministas e buscando proteger sua masculinidade, usam a violência para suprir as manifestações femininas de poder, bem como dados históricos nos revelam a dependência total de algumas mulheres para com seus companheiros, fato que permeabiliza até os dias atuais; e que exaltam as chamadas estruturas patriarcais ou machistas, visto que, em tais relações a mulher sempre se subjugou um elemento de dependência nos revelando que esses relacionamentos afetivos se tornam problemas e principalmente motivos dessas agressões, devido ao domínio masculino presente na sociedade, demonstrando que a mulher ocupa uma posição condicionada a submissão, subordinação, obediência, dependência financeira, maternidade, fidelidade, cuidadora do lar, responsável pelos cuidados para com os filhos, assim como outros estigmas.

Freud (1914-1916, p. 52) destaca a: “A transformação de um instinto em seu contrário (material) é observada apenas em um caso, na conversão de amor em ódio. Sendo muito frequente encontrar os dois dirigidos simultaneamente para o mesmo objeto, tal coexistência oferece o mais significativo exemplo de ambivalência afetiva”.

Salienta-se que a psicanalise começa a dar atenção ao discurso feminino quando deu ouvidos a histeria, pois o feminino é apresentado depois de séculos de exclusão, conquanto frisa que mesmo esse movimento de “dar voz a esse outro”, reafirma o masculino como universal, à vista disso retrata a subjetividade relacionada a cultura entendida pelas construções do que é ser mulher e do que é ser homem, não descrita como sendo algo da essência feminina.

Conforme Freud, (2007-1924, p.108). “Quando se examina melhor algumas das fantasias masoquistas que receberam uma elaboração psíquica [verarbeitung] mais rica, constata-se, de maneira nítida, que a pessoa foi colocada em uma situação típica da condição feminina (...)”.

Podemos ter um outro olhar de acordo com Melanie Klein, onde na formação de personalidade já no início da vida, Klein mostra que o objeto de amor é o mesmo

objeto que provoca dor e ingratidão, sendo neste ponto o processo de Cisão de maior força; podemos assim conjecturar que dentro de uma relação machista onde a cultura proporciona um domínios de degradação da personalidade a prisão feminina tem suas bases também em suas formações de Gênese humana, relação bebe e mãe/seios; promovendo assim uma condição de percepção deturpada onde o mesmo objeto de "amor"/ gratidão é aquele que promove dor/ingratidão.

Assim, Melanie Klein nos dá uma colaboração de perceber o processo de degradação feminina dentro de uma relação machista já na formação da personalidade humana. Porém, temos que destacar que esta formação tem uma complexidade tão profunda que precisa ser entendida dentro de todo processo cultural existente no momento histórico.

> Dessa forma, as sensações vivenciadas pelo bebê por ocasião do nascimento e as dificuldades de se adaptar as condições inteiramente novas dão origem à ansiedade persecutória. O conforto e os cuidados dispensados após o nascimento, particurlamente as primeiras experiencias de alimentação, são sentidos como provenientes de forçãs boas. Ao falar das "forças", estou empregando uma palavra um tanto adulta para aquilo que o bebê conhece vagamente como o objetos, sejam eles bons ou maus. O bebê dirige seus sentimentos de gratificão e amor para o seio "bom" e seus impulsos destrutivos e sentimentos de perceguição para aquilo que sente como frustador, isto é, o seio "mau". Nesse estágio, os processos de cisão estão em seu ponto mais alto, e o amor e o odio, bem como os aspectos bons e maus do seio, são mantidos amplamente separados um do outro. A relativa segurança do bebê baseia-se em transformar o objeto bom em objeto ideal, como uma proteção contra o objeto perigoso e persecutório. Esses processos – isto é, cisão, negação, onipotência e idealização – são predominantes durante os três ou quatro primeiros meses de vida (o que denominei "posição esquizo-paranóide", 1946). Dessa forma, em um estágio muito inicial, a ansiedade

> persecutória e seu corolário, a idealização, influenciam fundamentalmente as relações de objetos. (KLEIN, 1991, p.4)

Os profissionais da psicologia embasados nas competências regulamentadas de acordo com a cartilha do CREPOP (centro de referências técnicas em psicologia e políticas públicas), ferramenta essa do sistema e conselhos que foi desenvolvida a partir da necessidade de maior aproximação do conselho de psicologia com a atuação profissional do psicólogo junto às políticas públicas, seguem com o uso da mesma afim de validar as habilidades que o profissional indispensavelmente necessita obter para efetivar seus atendimentos, garantindo respeito e manutenção dos interesses da categoria e do desenvolvimento das atividades especificas, pondo em prática todo o conhecimento da ciência e da profissão, devendo construir e disponibilizar referências técnicas para a atuação no campo; oferecendo possíveis contribuições para a construção de políticas públicas humanizadas, fortalecendo a compreensão da dimensão subjetiva presente nessas políticas; identificando oportunidades estratégicas de participação da psicologia; promovendo a interlocução da psicologia com espaços de formulação, gestão e execução; promovendo o conhecimento sobre práticas de profissionais atuantes no campo, verificando de que forma o atendimento desses profissionais interferem para a promoção da saúde mental dessas vítimas que sofrem por consequências de agressões físicas, verbais e psicológicas; descrevendo quais são as principais motivações que levam algumas delas a permanecerem em suas relações conjugais abusivas e servindo como mediador de uma possível contribuição para o empoderamento feminino.

Independentemente de qualquer abordagem ou método a ser realizado nesse atendimento, o psicólogo (a) deverá ter empatia, estabelecendo um vínculo terapêutico com a vítima, para que ela se sinta confortável e segura nesse momento instável e dor, onde nem mesmo seu próprio lar é visto como seguro, para assim conseguir expor suas experiências que lhe causam sofrimento.

O atendimento psicológico dado às mulheres vítimas de violência visa ofertar acolhimento, escuta, orientação, trabalhar a resistência da vítima, questões de culpabilidade e vergonha, não vitimização, autoestima, autoconhecimento, autoquestionamento, identidade, reflexão, escolhas, resgatar desejos e vontades,

dentre outras, resinificando da melhor maneira possível sua vida contribuindo para compreensão de si e a relação estabelecida com a sociedade.

CONCLUSÃO

Desfecha-se o mesmo apontando a importância do atendimento psicológico como forma de favorecer o processo de empoderamento das mulheres vítimas de violência nessas relações conjugais abusivas, de modo que o acolhimento e a escuta ofertada por esse profissional dentro do processo, faça com que as vítimas percebam e compreendam o papel que elas estão ocupando nesta relação vivenciada e marcada pela selvajaria acarretadas de danos profundos, benfeitorizando-as através de suas práticas interventoras de socialização, conscientização, reflexão e recuperação; impulsionando uma comunicação mais justa e pacífica fundamentada em respeito à igualdade de direitos, requerendo a redução desses índices convergentes nomeado à agressividade, reavendo conversão desse comportamento e pensamento de submissão juntamente com aceitação condicionada no presente contexto; nessa conformidade pressupõe-se conduzi-las à uma relação conjugal saudável, não apenas afastando-as de seus agressores, mas oferecendo condições de oportunidades, reavendo a estabilidade e equilíbrio, porquanto tais mudanças refletem nas inter-relações da família, do contexto social e cultural.

Notabiliza-se assim, ampla relevância do psicólogo(a) como provedor do bem estar psíquico.

REFERÊNCIAS

FREUD, Sigmund. Introdução ao Narcisismo, ensaios de Metapsicologia e outros textos (1914-1916) – Obras Completas Vol. 12 Trad. De Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das letras, 2010.

FREUD, Sigmund. O Problema Econômico do Masoquismo. L. A. Hanns, (Ed. & Trans.), Escritos sobre a psicologia do inconsciente (Vol. 3, pp.103-124). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1924), 2007.

KLEIN, Melanie. Inveja e gratidão e outros trabalhos: (1946-1963) As obras completas de Melanie Klein, Vol. 3. Rio de Janeiro: Imago, 1991.

III CONGRESSO DE PSICOLOGIA: as diversas faces do cuidar.
De 26 a 28 de abril de 2018. Belém – PA/
HANGAR – Centro de Convenções da Amazônia
Volume 03 – ISSN: 2526-527X
CADERNO DE TRABALHOS COMPLETOS
http://revistas.unama.br/index.php/anaispsicologia/index

CONTAÇÃO DE HISTÓRIA COMO RECURSO DE INTERVENÇÃO PARA CONSCIENTIZAÇÃO DO BULLYING AO PÚBLICO INFANTIL

LIMA, Altiere Duarte Ponciano
SILVA, Ana Tais Da Costa
SOUZA, Lívia Bentes De
LEÃO, Lucas Dourado
VALENTE, Sara Cristina Cordeiro

INTRODUÇÃO

O projeto de extensão Psicologia nas Ruas é um projeto sem fins lucrativos, promovido pela empresa Fortiori Consultoria Integrada Ltda./Pa e tem por objetivo levar à população informações e serviços relacionados à psicologia, apresentando à comunidade toda a rede de assistência disponível a oferecer ajuda profissional nas mais diversas demandas do sujeito, tornando-se uma estratégia de promoção à saúde mental, redução de riscos e prevenção. Atuam através de ações interativas nas ruas, escolas, abrigos, hospitais etc. Fazendo palestras conversacionais, teatro, dinâmicas e plantão psicológico, conseguem alcançar as pessoas através de diversos temas como o Bullying.

Segundo Fernandes (2010 apud SILVA et al, 2012), o termo bullying concebe todas as formas apresentadas por condutas violentas, propositais, sem motivação evidente, adotadas por uma ou mais pessoas contra outras, causando dor, angústia, humilhação e sofrimento, resultando em prejuízos do bem-estar de suas vítimas. Tal temática tem sido altamente promulgada e enunciada, em decorrência de sua potencialidade violênta no meio social. Sabendo disso, o citado projeto vem fazendo frente à falta de conhecimento da população quanto à existência das doenças psíquicas, causadas pelas inúmeras relações abusivas, fortemente estruturadas no cerne da sociedade moderna. Tais vínculos são multifacetados e nocivos, e o bullying é um deles. Assim, o projeto utiliza variadas técnicas em suas intervenções e a contação de histórias, aliada à psicologia, assume importante papel no alcance do público infantil.

OBJETIVO

Apresentar a técnica de contação de história como mecanismo para manejar a temática do bullying com as crianças, durante ação realizada em espaço comunitário no Município de Bragança, constatando sua aplicabilidade e efeitos.

METODOLOGIA

Foi realizada pesquisa bibliográfica a partir de artigos científicos dos últimos dez anos, das principais plataformas Scielo, PePSIC e Google acadêmico, discussões que potencializam a eficácia da contação de história como recurso ludo terapêutico na associação de ideias complexas, assim como apresentar relatos importantes experienciados durante a ação infantil em Bragança, auxiliando na validação da eficácia do recurso.

A CONTAÇÃO DE HISTORIAS

Ao longo dos anos a prática de contação histórias era encarada como meio de recrear e descansar as crianças. Em algumas famílias e intuições de ensino essa atividade perpetua-se seguindo esse sentido, todavia, visando um contexto de sociedade mais atual, a contação de histórias infantis vem sendo encarada como ferramenta lúdica de ensino e aprendizagem, melhorando o desenvolvimento das crianças em seus meios sociais. Segundo Jean Piaget (1996), quando a criança entra contato com experiências novas, ouvindo ou vendo, acaba inserindo esses conteúdos às estruturas cognitivas adquiridas anteriormente, construindo significados e assim expandindo o seu conhecimento, somando o novo ao já vivenciado. A contação de histórias proporciona uma melhor compreensão das realidades, transportando ao mundo infantil, fatos onde a primeiro momento, parecem incompreensíveis a elas. Desperta na criança o interesse por repetir a história ouvida, proporcionando a ela a oportunidade de dar outro final, alterar detalhes e modificar a história que lhe foi contada. Quando uma criança narra um conto indica uma ligação entre fantasia e realidade. Segundo Abramovich (1995, p. 17) através de uma história pode-se descobrir outros lugares, outros tempos, outros jeitos de agir e ser, outra ética, outra ótica. É ficar sabendo história, geografia, filosofia, sociologia, sem precisar estar em sala aula ou saber a fundo sobre cada um desses assuntos. Ainda nesse sentido, de acordo com Busatto (2003), esse caminho didático propiciará a criança, reconhecer a identidade cultural alheia, respeitando a diversidade e pluralidade cultural inerente a

elas. Dando um passo significativo em direção ao respeito das diferenças. Pensar o imaginário como um vasto campo de possibilidades, proporcionando a compreensão e aceitação de diferentes níveis de percepção da realidade, abrindo-se na direção de um sistema participativo, variado, sensível e passível de outras lógicas (BUSATTO, 2007, p.58).

Seguindo esse sentido, “Contar histórias é uma arte, porque traz significações ao propor um diálogo entre as diferentes dimensões do ser” (BUSATTO, 2003, P.10). A contação de histórias torna-se arte performática, onde se difunde os contos pelos meios nos quais emergiram, ou seja, dando voz, corpo e gesto a dinâmica da contação de histórias. “A performance está presente. Você só pode me falar neste exato instante e eu não posso ouvir nada do passado” (ZUMTHOR, 1997, p.61). Assim, somente me constituindo enquanto sujeito posso aspirar a igualdade na minha relação com o outro. A arte de contar histórias cumpre bem esse papel. Dizendo quem sou através do que faço, dialogo com os outros em um processo poroso de interações criativas, por meio de formas, sons, cores e palavras. (FARIA & GARCIA, 2002, p. 121). Sendo assim, a contação de histórias representa um conjunto de ações envolvidas no mesmo ato, onde a performance comunica a história e a criança absorve a mensagem, aprendendo a reproduzir por sua vez, a própria versão compreendida. Os contos proporcionam uma visão das diferenças culturais, demonstrando a diversidade como saudável. Ajudam “a expansão da nossa consciência ética e estética” (BUSATTO, 2003, p. 38).

O BULLYING

A violência, tem se tornado extremamente comum e gratuita entre as pessoas. As crianças e adolescentes não estão à parte dessa dinâmica facilmente visualizada por elas, mesmo não sendo totalmente compreendida ou entendida como violência. O termo *“Bullyin*g foi cunhado pelo pesquisador norueguês Dan Olweus, a fim de conhecer as atitudes agressivas, perpetradas de forma recorrente entre pares, os quais causam sofrimento, isolamento e dor” (ABRAMOVAY, Miriam; CALAF, Priscila, 2010, p. 34). Tais sofrimentos são ignorados em sua maioria pelos adultos, deixando a criança ou adolescente desacreditado. Em virtude disso ela acaba não falando sobre a violência sofrida, gerando isolamento, evasão escolar, além de diversas consequências tanto psíquicas quanto físicas. Constantemente, percebe-se a criança

trazendo da sua vivência de relações abusivas com o outro, comportamentos agressivos, gerando um ciclo dinâmico de sofrimento psíquico entre quem hora é "vítima", hora é "abusador". Essa prática lamentavelmente "ocorre quando uma pessoa é feita de receptor do comportamento agressivo de outra mais poderosa" (NETO, 2005, p. S165).

O bullying não tem solução imediata ou simples, o que existe é a necessidade de conscientização de políticas públicas mais ampliadas, focando na responsabilização familiar, escolar e estatal. No entanto, podemos enquanto comunidade, promover ações coletivas abrangentes na prevenção do bullying. Nessa perspectiva de responsabilidade social o projeto Psicologia nas Ruas acredita na estimulação da educação psicossocial infantil, no combate das ações nocivas do bullying. Para isso, utiliza a interpretação lúdica como laço de mediação e vínculo com as crianças em suas ações, conseguindo alcançar seu objetivo central de conscientização e reconhecimento dos atos de bullying como violência física e psicológica, e não mera diversão.

Segundo carvalho (2009) a atividade lúdica pode ser entendida como uma forma de se relacionar socialmente, expressada através do brinquedo ou brincadeira, onde o objeto lúdico transcende o caráter de mero objeto, levando o sentindo além do plano real, cabendo à subjetividade do imaginário de cada um a sua própria interpretação. A contação de historia cabe aqui, como um, desses objetos de ludicidade onde o imaginário atua de forma característica no universo infantil possibilitando a assimilação de valores sociais, dos mais simples até os mais complexos. Carvalho (2009) ressalta a importância dos recursos lúdicos, aplicados ao cotidiano das crianças, atuando como forma de emancipação social e intelectual, agenciando a quebra de obstáculos sociais, como a violência.

Segundo Nicolino (2015), a história alimenta imaginação da criança, excitando-a na busca por explicações mais amplas, desenvolvendo o seu potencial crítico, estimulando o pensamento e contribuindo no desenvolvimento intelectual, pois, sua curiosidade é expandida por meio das imagens, cenários, personagens e suas ações narradas nas histórias. O desenvolvimento das operações mentais na construção dos significados das palavras narradas é ampliado, suscitando melhor compreensão e reflexão de vários assuntos, até mesmo os mais complexos. Segundo Palmeiro (2017), a projeção das crianças diante da narração, as fazem desvendar possíveis

soluções aos seus dilemas, conflitos psicológicos e existenciais, assumindo também funções terapêuticas. Os efeitos das narrativas a nível social, cultural e afetivo, ajudam na interiorização de determinados valores essenciais à vida em sociedade, fazendo-as observar direitos individuais e coletivos importantes ao desenvolvimento do respeito à vida.

EFICÁCIA DA CONTAÇÃO DE HISTÓRIAS E A EXPERIENCIA NO MUNICIPIO DE BRAGANÇA

Na ação realizada no município de Bragança, foi contada a história de um jacaré que zombava dos animais da floresta. Manejo lúdico simples, porém, de perceptível eficácia, pois, os problemas vivenciados pelos personagens e os conflitos por eles representados traduziram, em grande parte, os problemas experienciados pelas crianças no cotidiano em sociedade e suas experiencias com o bullying.

A história trazia como tema “O Jacaré Bocudo” (versão adaptada pelo projeto Psicologia nas Ruas da história de Chloris Arruda de Araújo (2004)) foi contada, com um painel lúdico, ilustrando um dia de sol, uma lagoa, um jacaré e vários bichos, interpretados pelas próprias crianças. A história teve uma boa recepção das pois, ficaram encantadas com a ilustração montada e ainda com a possibilidade de participarem, interpretando os animais. Quase todas já haviam ouvido falar sobre a palavra Bullying, mas com a história, disseram ser mais “fácil” (sic) entender o conceito. Muitos se identificaram com os comportamentos errôneos do jacaré, afirmando não terem ciência da gravidade do assunto, “nem parecia tão errado assim tia” (sic). Todos em alto som reconheceram a importância da ajuda ao jacaré, “Ele não está bem e nem “feliz, por isso age assim” (sic)”. A dinâmica moral e social da história era despertar nas crianças a atenção para quem sofre com tais violências.

Após a contação de história foi dado aos alunos, desenhos de ações ilustrativas de Bullying e solicitado a eles escrever na lateral do desenho, quais sentimentos lhes sobressaiam quando os pintavam. Essa ação foi de extrema profundidade, pois trouxe à tona a realidade do Bullying ainda na infância, vivenciado de maneira tão desastrosa quanto na fase da adolescência. Muitos expressaram seus sentimentos de maneira clara e bem direta no papel. Sempre interrompiam no desejo de mostrar seus desenhos e relatar suas experiencias, “Olha tia, um garoto já fez igual comigo” (sic). A vivência traumática das experiências ilustradas nos desenhos eram reações

espontâneas, vinda da sinceridade inocente de crianças sem muita compreenção, até então, dos atos de violência de tais situações. Assim mais relatos e afirmações relevantes sobre bullying surgiram ao lado dos desenhos, como: “Meu primo me disse que tenho nariz de macaco” (sic), “É muito triste ser humilhado assim!” (sic). “Este sentimento representa uma lembrança que eu tenho, foi na praia um colega jogou agua em mim!” (sic), “Eu já passei por isso e já fiz também!” (sic), “Minha colega me xingou de vaca e eu falei que ele era um macaco!” (sic), “Teve uma vez que o Lucas kauã me magoou!” (sic). Relatos importates dos quais, as nuances silenciosas e violêntas do bullying na infância demonstram a necessidade de mais nformações preventivas, acolhimento e tratamento das vítimas e autores. Fato observado através da própria tensão causada pela familiarização e identificação das crianças com os personagens da hostória. Quando dimensionavam a violência e sofrimento do Jacaré e dos animais conseguiam dar soluções, relatando e criticando o certo e errado. Os resultados obtidos demonstraram as potencialidades da literatura infantil no combate e na conscientização dos atos de bullying, favorecendo o desenvolvimento sócio emocional das crianças, abrindo campos de acesso na aprendizagem de comportamentos positivos e aceitação das diferenças.

RELATO DO RECURSO “O JACARÉ BOCUDO”

Era uma vez… uma lagoa muito bonita. Com bastante água límpida. Ali morava um jacarezinho valente e muito orgulhos e cheios de preconceitos contra seus amiguinhos. Vivia muito feliz, nadando horas e refrescando-se sempre. Só que ele era muito egoísta e bocudo. Quando estava na lagoa, ninguém mais lá podia ir, pois o valentão tomava conta de tudo e sempre falava mal dos outros animais, brigando sempre com e deixando-os tristinhos. Todos os animais achavam legal a lagoa do seu jacaré mais ficavam tristes porque ele não deixava ninguém usar a lagoa. Certa vez houve uma grande festa e todos precisavam tomar banho então: Lá foram eles com os seus passos miúdos cantando contentes. Mas, oh! Tristeza! Lá na lagoa estava o jacarezinho valente passeando de lá para cá. (Musica) O jacaré foi passear lá na lagoa! O jacaré foi passear lá na lagoa! Foi por aqui, foi por ali (2x). De repente ele parou, olhou viu o Elefante abriu o seu bocão e gritou. Nossa mais que trombão seu elefantão. O seu elefante todo envergonhadinho, saiu muito, muito triste.

É nesta bonita lagoa que você querem tomar banho? Aqui não é lugar para banhos, seus atrevidos! Disse irritado o jacarezinho. Continuem sujos. Para que vocês querem ficar limpinhos? Mas nós vamos à festa da floresta, e sujos não podemos dançar e nem brincar, insistiu todos. Não e não, esta lagoa é minha e ninguém pode aqui entrar. Por favor, senhor jacaré, precisamos tomar banho! Tomem banho em casa. Ora essa. Respondeu ele com maus modos e foi passear. (Musica) O jacaré foi passear lá na lagoa! O jacaré foi passear lá na lagoa! Foi por Aqui, foi ali (2x).

De repente ele parou, olhou viu a dona girafa abriu o seu bocão e gritou: Nossa que pescoção dona girafa, nem parece feliz! Seu lobo perdeu a paciência e muito zangado foi falar com o jacarezinho egoísta, mas ele não ligou e foi passear. (Musica) O jacaré foi passear lá na lagoa! O jacaré foi passear lá na lagoa! Foi por Aqui, foi ali (2x). De repente ele parou, olhou viu o seu lobo, abriu o seu bocão e gritou: Nossa que bocão hein seu lobão! A coelhinha então gritou: Esta lagoa um dia vai secar esta lagoa um dia vai secar… E foi-se embora muito triste por precisou de dizer estas palavras tão más ao Jacarezinho. Ele então foi passear. (Musica) O jacaré foi passear lá na lagoa! O jacaré foi passear lá na lagoa! Foi por Aqui, foi ali (2x). De repente ele parou, olhou viu a dona coelha abriu o seu bocão e gritou: Que orelhona mais feia, hein dona coelha.

O calor não dava moleza, e a água estava deliciosa, seu macaco que era folgado, foi lá entrou na lagoa sem seu Jacaré mandar. Mas o bocudo foi passear. (Musica) O jacaré foi passear lá na lagoa! O jacaré foi passear lá na lagoa! Foi por Aqui, foi ali (2x). De repente ele parou, olhou viu o macaco abriu o seu bocão e gritou: Sai já dai seu macaco feioso, só piolho!O seu macaco muito, muito triste foi para casa choras e catar seus piolhos.

Acontece que lá no alto, lá no céu azul, o sol estava vendo tudo e ficou envergonhado do seu Jacaré, além de muito triste com porque os bichinhos não iriam à festa. Onde já se viu? A lagoa é de toda a gente! O jacarezinho tinha de perceber isso. Não é bonito ser assim egoísta e maldoso com ninguém. Então o sol irritado com o Jacaré mauzão, aqueceu tanto a água da lagoa que ela se foi evaporando, evaporando... E a lagoa, ficou sem uma gota de água, seca, seca…

Quando o jacaré foi passear... (Musica) O jacaré foi passear lá na lagoa! O jacaré foi passear lá na lagoa! Foi por Aqui, foi ali (2x). De repente ele parou, olhou viu o seu cheio barro e gritou. Ai que feio sou! Que infelicidade! Também fui muito

egoísta. Falei mal dos meus amigos e todos se foram. Perdão, perdão, solzinho, dizia tão aflito que fazia dó. E foi embora. (Musica) O jacaré já foi embora da lagoa! O jacaré já foi embora da lagoa! Foi por aqui, foi por ali! (2x). Ele chorou tanto e ficou tão arrependido que o sol ficou com pena dele. Agora eu sei como é mau a gente ficar sujo e não ter água para o banho, nunca mais vou humilhar ninguém. Logo depois começou a chover imenso. Choveu tanto que a lagoa ficou novamente cheia de água. O jacarezinho muito feliz foi a correndo buscar a bicharada para nadarem. E nunca mais a lagoa secou, e o jacarezinho continuou sempre bom, porque já não abria mais o seu bocão para falar mal nem do leão o seu patrão. Fim!

CONCLUSÃO

A literatura quando adequada corretamente às particularidades subjetivas de cada circunstância, pode funcionar como potente recurso psicopedagógico nas intervenções ao público infantil. O bullying coloca várias crianças e adolescentes em caráter vulnerável todos os dias e percebendo as diferentes reações das crianças no município Bragança, a análise dos seus próprios papéis sociais, a criatividade na elaboração de seus sentimentos e posterior assimilação das consequências do bullying ao redor deles, é possível concluir a eficácia do recurso como forma de manejar o despertar das crianças para assuntos complexos. Porém, faz-se necessário mais estudo na área, pois é um tema evidente e urgente na sociedade contemporânea, levando em consideração a subjetividade de cada sujeito envolvido, visto o quanto estamos inseridos em uma sociedade altamente propensa a violência e discriminação.

REFERÊNCIAS

ABRAMOVAY, Miriam; CALAF, Priscila. Bullying: uma das faces das violências nas escolas. Revista Jurídica Consulex. Brasília, Ano XIV, nº 325, p. 34-35, 1º ago. 2010.

ABRAMOVICH, Fani. Literatura Infantil: gostosuras e bobices. São Paulo: Scipione, 1995.

BUSATTO, Cléo. A arte de contar histórias no século XXI. Petrópolis: Editora Vozes, 2007.

BUSATTO, Cléo. Contar & encantar: Pequenos segredos da narrativa. Rio de Janeiro: Vozes, 2003.

CARVALHO, João Eloir; BARROS, Paulo Cesar; PEREIRA, Beatriz Oliveira. O lúdico como uma possibilidade de intervenção no bullying e formação da criança na escola. 2009.

DA SILVA, Josiane Carlota; DE LIMA FARIA, Hamilton; GARCIA, Pedro. Arte e identidade Cultural na Construção de um Mundo Solidário. In: O reencatamento do mundo: arte e identidade cultural na construção de um mundo solidário. São Paulo: Polis, 2002.

NETO, Aramis A. Lopes. Bullying: comportamento agressivo entre estudantes. Jornal de pediatria, v. 81, n. 5, p. 164-172, 2005.

NICOLINO, Thayla Nadrielly Aparecida et al. Contação de história na unidade pediátrica: percepção de acompanhantes de crianças hospitalizadas. Revista de Enfermagem da UFSM, v. 5, n. 1, p. 32-39, 2015.

OLIVEIRA, Jéssica; ROTHERHOOD, Rachel Maya. Bullying Escolar no Brasil: Visão Teórica, Concepção de Professores e Orientações Didáticas. Iniciação Científica Cesumar, v. 14, n. 2, 2012.

PALMEIRO, Susana Dias. A literatura infanto-juvenil como recurso psicopedagógico na intervenção com jovens em risco. 2017. Tese de Doutorado.

PIAGET, Jean. Biologia e Conhecimento. 2ª Ed. Vozes: Petrópolis, 1996.

ZUMTHOR, Paul. Introdução à poesia oral. São Paulo: Hucitec, 1997.

III CONGRESSO DE PSICOLOGIA: as diversas faces do cuidar.
De 26 a 28 de abril de 2018. Belém – PA/
HANGAR – Centro de Convenções da Amazônia
Volume 03 – ISSN: 2526-527X
CADERNO DE TRABALHOS COMPLETOS
http://revistas.unama.br/index.php/anaispsicologia/index

O PROJETO PSICOLOGIA NAS RUAS E A CAMPANHA JANEIRO BRANCO: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

SILVA, Danielly Lima
dany.lima95@gmail.com
Nascimento, Lívia Bentes
Leão, Lucas Dourado
Lima, Altiere Duarte Ponciano

INTRODUÇÃO

O Projeto Psicologia nas Ruas é definido como um projeto sem fins lucrativos, promovido pela Fortiori Consultoria em Psicologia com objetivo de levar à população de Belém do Pará orientações e serviços específicos sobre saúde mental. O projeto atua sob a ótica de redução de risco articulando e fortalecendo a rede de assistência disponível para as comunidades, oferecendo oportunidades de ingresso a acadêmicos de Psicologia na função de estagiários voluntários, participando de reuniões semanais para discussão de temáticas pertinentes à Psicologia e/ou para organizar intervenções pontuais, em locais determinados, com dinâmicas como rodas de conversa, palestras, oficinas, entre outros tipos de atividades, como o Plantão Psicológico.

O projeto iniciou em Macapá em 2015 e foi trazido à Belém em 2016, sob a temática de “Suicídio”, ofertando a aproximação da psicologia com a população paraense e possibilitando supervisão aos acadêmicos em prática e teoria, relacionando as intervenções com produção científica para que os futuros profissionais possuam consciência política, social e ambiental acerca de sua atuação. Em 2017, a temática do projeto passou a ser “Relacionamentos Abusivos”, dividindo-se em 4 sub-áreas: “Violência de Gênero”, “Violência Doméstica”, “Assédio Moral no Trabalho” e “Bullying”. Essas vertentes foram escolhidas pois foram apontadas, de acordo com coleta de dados do projeto, como as maiores motivadoras de suicídio na população paraense. Assim, as intervenções realizadas pelo projeto foram planejadas através destas vertentes em suas dinâmicas e produções científicas, conforme o tipo e a localidade da intervenção que era proposta.

A primeira proposta de intervenção no ano de 2018 foi a participação do projeto na Campanha Janeiro Branco, que contava com o apoio do instituto Viva – Espaço Terapêutico e da Liga Acadêmica Paraense de Saúde Mental (LAPASME), em conjunto com outras instituições e projetos. A campanha é gratuita e é realizada no primeiro mês do ano em varias capitais do Brasil, pois acredita-se ser um mês em que as pessoas em geral tendem a realizar reflexões sobre seu estilo de vida e assim realizam planejamentos para aquele ano, sendo assim um momento oportuno para refletir sobre a Saúde Mental e qualidade de vida. Dedica-se a ofertar a psicoeducação das pessoas e das instituições, promovendo a Saúde Mental e combatendo o adoecimento emocional por meio de ações e intervenções urbanas, como palestras, rodas de conversa, atividades físicas, atividades artísticas, panfletos, debates, oficinas e várias outras formas. A campanha possui objetivos semelhantes com a do projeto Psicologia nas Ruas, portanto, a inclusão do projeto no dia da campanha foi coerente e elaborada de acordo com tais objetivos.

A Campanha em Belém do Pará foi realizada no dia 21 de janeiro, na Praça da República, ao ar livre e aberto ao público, das 9 às 12 horas, com a mensagem central: "*Janeiro Branco: Cuidar da mente é cuidar da vida*", contando com a colaboração voluntária de diversos profissionais da área da saúde além de psicólogos, como enfermeiros, educadores físicos, terapeutas ocupacionais, psiquiatras, assistentes sociais e seus respectivos acadêmicos. O início das atividades foi demarcado por uma dança circular, para que em seguida fossem realizadas as ações em espaços dinâmicos, ao ar livre ou em tendas montadas pelas equipes, tais como o Plantão Psicológico, Yoga, oficinas artísticas, danças circulares, rodas de conversa e atividades físicas como caminhada e corridas. A equipe do projeto realizou planejamento de técnicas para trabalhar a temática da promoção em saúde mental, assim como buscou transmitir conhecimento acerca da assistência da saúde mental ofertada a população paraense, como Plantão Psicológico, dinâmica do balão, rodas de conversa, narração de histórias infantis e orientações gerais com panfletos oferecidos.

OBJETIVO

O objetivo deste trabalho é relacionar um relato de experiência de uma estagiária voluntária do projeto no dia da Campanha Janeiro Branco com teorias acadêmicas acerca da Psicologia e da consciência social, entendendo as políticas

públicas como técnicas e métodos do Estado para solucionar problemáticas coletivas. Tais políticas serviriam, então, para normatizar resoluções e regulamentar a eficiência dessas práticas para sanar injustiças, incoerências e inconsistências no campo social. Nos mais de 50 anos de regulamentação e atuação da Psicologia no Brasil, esta área ainda procura estabelecer representatividade política e oferecer acessibilidade por se instituir como uma profissão em função de uma elite conservadora, e que durante a história foi instrumento de controle, repressão e diferenciação a favor de um sistema capitalista e autoritário, se voltando para o campo da mudança social de maneira tardia, conforme identificado por Yamamoto & Oliveira (2010).

Dessa forma, precisamos estabelecer o lugar da Psicologia na saúde pública, analisando criticamente suas práticas e considerando o caráter de emergência destas, levando em conta o atraso da área voltada para a construção de transformações sociais. Assim podemos discutir a questão em Saúde Mental como uma normatização pública necessária e emergencial para o bem-estar e qualidade de vida da sociedade paraense, principalmente se considerarmos os recentes dados do Ministério da Saúde (2017), os quais apontam que doenças emocionais estão cada vez mais evidentes na população brasileira, relevando a importância da Campanha Janeiro Branco.

Por exemplo, podem-se citar os métodos de prevenção de suicídio do Ministério da Saúde (2017), que defende discursar sobre a temática sem polêmicas e estigmas, favorecendo a reversão do cenário atual, onde a taxa de suicídio se encontra elevada. Portanto, técnicas bem-fundamentadas, com rigor científico e informações seguras sendo postas em prática e com acessibilidade da população podem ser eficientes para a prevenção de tentativa de suicídio – o que também se harmoniza com a proposta da Campanha. Dessa forma, através da campanha, busca-se a maior conscientização destas e de outras temáticas.

METODOLOGIA

A metodologia utilizada para este trabalho foi a pesquisa bibliográfica qualitativa de artigos no portal SCIELO. Para isso foram usadas palavras-chave como “psicologia política”; “saúde mental política”; “psicologia saúde mental”. Foram destacados, entre as buscas, 21 resultados pertinentes às temáticas principais, e 3 artigos foram considerados para a escrita deste trabalho, levando em consideração sua afinidade com a temática deste. Posterior à coleta de dados, buscou-se relacionar o relato de experiência com os resultados obtidos.

DISCUSSÃO

Dados de 2017 do Ministério da Saúde apontaram que entre os anos de 2011 e 2016 ocorreram 48.204 tentativas de suicídio, com elevado índice de suicídio entre jovens, principalmente do sexo masculino e indígenas. Diante dessas estatísticas, a orientação é a expansão e qualificação da assistência em Saúde Mental no Brasil, o que garante a efetivação de campanhas como o Janeiro Branco.

O Projeto Psicologia nas Ruas participou no dia da ação em Belém, contando com uma equipe de 11 estagiários voluntários e 4 profissionais da Psicologia para organização de dinâmicas em grupo, escuta pelo Plantão Psicológico e orientações gerais acerca de serviços de Psicologia e saúde mental públicos e gratuitos disponíveis à população. As orientações oferecidas eram condizentes com o conhecimento acerca da rede de assistência municipal e estadual em saúde mental somado às informações contidas no folheto que eram entregues pertinentes à saúde mental e emocional. A demanda atendida para essas orientações possuía, em grande parte, dúvidas sobre locais em que poderiam procurar atendimentos, quais profissionais deveriam procurar para suas problemáticas, assim como contestações acerca da rede de saúde. A queixa percebida estava relacionada à carência de investimentos nestas redes, em relação a medicamentos e poucos serviços gratuitos.

Traverso-Yépez (2007) observou a existência de uma lacuna entre o que está escrito como diretrizes da saúde e as ações do cotidiano, em razão da inserção de políticas de promoção e prevenção em saúde sofrerem com a multiplicidade de características da população brasileira. Aqui, cabe citar então a desigualdade social e relações de poder afetando a saúde da população, o qual torna um desafio pôr em prática intervenções e ações que abordem determinantes socioeconômicos relacionados diretamente nas condições e no acesso à rede de saúde.

(...) pois a psicologia trabalha com sujeitos habitantes de um lugar em determinado momento histórico da sociedade. Diante disso, qualquer intervenção realizada com os sujeitos produz efeitos no coletivo, sempre havendo uma implicação política, pois essa prática é sempre uma ação sobre a vida desses sujeitos. Estar atento a isso é o que vai diferenciar os profissionais que se colocam em uma postura ético-política, ou seja, que se comprometem com o cuidado relativo à vida dos sujeitos que afetam (REIS; GUARESCHI, 2010).

Em uma escala maior, podemos apontar que o capitalismo neoliberal também exerce influência na saúde de indivíduos, já que a globalização modifica ideologias e por consequência comportamentos das pessoas dentro da sociedade, aumentando o senso de individualismo, falta de solidariedade e competitividade. O Brasil, ainda que construa políticas que visem a transformação social, se defronta com as políticas neoliberais de seu mercado, dificultando a abrangência e eficácia das políticas de saúde voltadas para o campo social. (TRAVERSO-YÉPEZ, 2007). Não é admissível que a saúde se torne instrumento passivo diante de tais aspectos, contudo, é relevante levar em consideração tais dados para que então, nós, profissionais de saúde, sejamos capazes de desenvolver ações de saúde geral e mental os quais abranjam essas complexidades. Considerando que a Campanha Janeiro Branco tem como um dos objetivos produzir psicoeducação e informar sobre a rede de assistência em saúde, a própria Campanha se torna então importante para que haja abertura dessa discussão no meio social, político e no campo profissional, e assim, psicólogos e futuros psicólogos consigam discernir de maneira crítica sobre suas práticas e a reflexão de sua atuação no âmbito social.

É relevante considerar a contribuição da Psicologia Social crítica ao desenvolvimento da prática de promoção em saúde, visto que essas políticas devem ser pensadas e planejadas como uma soma de ações com objetivo de receber e atender a necessidade de um conjunto de pessoas – considerando que esse conjunto de pessoas possui diversidade de características e é demarcado por diversos fatores sociais, culturais, históricos, psicológicos, etc. Portanto, esse trabalho é sempre uma ação de encontro com um “outro”, perpassado pelas experiências de vida, pelos saberes de saúde, pelas práticas e materialidades do sistema assistencial. De forma que concepções e argumentações sobre o tema não apenas expressam posicionamentos, mas sendo sempre relacionais, geram também formas de ação e formas de subjetivação na vida em sociedade, sendo, portanto, eminentemente psicossociais. (TRAVERSO-YÉPEZ, 2007, p. 228).

Se já é complexo para uma rede de saúde geral constituir mecanismos associados às características sócio estruturais, a rede de saúde mental deve considerar também que suas políticas sejam ponderadas em prol dessa população brasileira, a qual possui grande nível de desigualdade socioeconômica, aumentando o nível de acessibilidade a esses serviços, estruturando-os de acordo com a realidade

local e que comprovem sua eficácia e relevância. A meta da Organização Mundial de Saúde (OMS) com ações ligadas ao suicídio, por exemplo, é de que em 2020 as mortes por suicídio caiam em até 10%. Cabe a nós, acadêmicos e profissionais de Psicologia do Pará, desenvolvermos práticas que postulem nossa atuação a favor da sociedade paraense com menor poder econômico e que é desprovido de condições para pagar serviços particulares.

Além de orientações, a equipe de estagiários do Projeto, sob a supervisão de psicólogos formados, ofereceu o serviço de Plantão Psicológico aberto ao público da praça, em funcionamento das 9h às 12h. Esse serviço é definido como uma atividade típica de clínicas-escola, procurando estabelecer um nexo entre a formação e acolhimento à comunidade, ou seja, está disponível à qualquer um que necessite, sem marcação prévia, uso do recurso de redes de apoio externos e a disponibilidade do plantonista para atender o inusitado (Mahfoud apud Paparelli & Nogueira-Martins, 2007, p.75). O serviço do Plantão, além de suas definições gerais, pode ser interpretado como uma atividade que está à disposição da comunidade em geral, desmistificando o profissional do papel de psicólogo clínico atuante em consultórios particulares, promovendo a inclusão de classes menos favorecidas e com menos acesso a informações e/ou serviços voltados para a saúde mental, servindo também como uma capacitação para o acadêmico a ter uma postura política de reconhecer esta rede de apoio, e assim transmiti-la para acesso público. Assim, o Plantão funciona como fortalecedor da rede de assistência oferecida pelo estado, e, no caso do Plantão Psicológico dentro do dia da Campanha Janeiro Branco, da rede de assistência em saúde mental paraense, como os CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), as clínicas-escola como UFPA, UNAMA, ESAMAZ, e outros institutos, como o Hospital de Clínicas Gaspar Vianna.

CONCLUSÃO

Através deste trabalho foi possível conferir que o cenário político-social do Brasil influencia a inserção e prática de políticas públicas, e cabe à Psicologia ocupar um lugar de posicionamento ético-político, trazendo discussões e debates de forma a questionar as práticas oferecidas à comunidade. Caso não o faça, a Psicologia pode tornar-se arma de opressão e normatização da subjetividade, como já foi utilizada em períodos repressores e obscuros da história do Brasil – como a ditadura militar, quando a Psicologia se voltou para práticas voltadas à restauração de "normas", categorização de diagnósticos, uso de testes internacionais sem consideração da realidade social brasileira, além de outros métodos tidos como extraoficiais – comprometendo sua atuação e seus principais objetivos: promoção e prevenção de saúde; bem-estar pessoal e social; qualidade de vida ofertada para todos.

O atual estado do país possui particularidades históricas que reverberam até a contemporaneidade, como as relações de poder do Estado com a sociedade, centralizando o poder de decisão entre as classes mais altas, reprimindo, neutralizando e subjugando a expressão da subjetividade e interesses sociais e políticos de classes menos favorecidas. Não é possível descolar qualquer tipo de prática profissional destas particularidades visto que tais refletem diretamente não só na qualidade de vida da sociedade em geral, mas também no usufruto de direitos básicos como educação, lazer, saúde, moradia, entre outros.

A Campanha Janeiro Branco se propôs a divulgar a rede de assistência e conscientizar a população belenense acerca de cuidados com a saúde mental, o que foi concluído com sucesso devido à grande quantidade de pessoas dispondo das orientações e atividades oferecidas. Ainda que o objetivo da Campanha Janeiro Branco tenha sido cumprido, é relevante pensar na ampliação do conceito de saúde, com a finalidade de assim também ampliar o modelo da atuação da Psicologia no Brasil nas esferas públicas, voltando suas práticas para a população em geral, demarcada por uma desigualdade social. Para tal, é necessário que o profissional busque capacitar-se teoricamente e tecnicamente para se tornar apto a atuar sob esta demanda do cotidiano brasileiro, promovendo saúde para todos.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde Mental; Políticas Públicas; Psicologia.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Boletim Epidemiológico de Tentativas e Óbitos por Suicídio no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Volume 48. N° 30 – 2017.

PAPARELLI, Rosélia Bezerra; NOGUEIRA-MARTINS, Maria Cezira Fantini. Psicólogos em formação: vivências e demandas em plantão psicológico. Psicologia, ciência e profissão, Brasília, v. 27, n. 1, p. 64-79, Mar. 2007.

REIS, Carolina dos; GUARESCHI, Neuza Maria de Fátima. Encontros e desencontros entre Psicologia e Política: formando, deformando e transformando profissionais de saúde. Psicologia, ciência e profissão, v. 30, n. 4, p. 854-867, 2010.

SCARPARO, Helena Beatriz Kochenborger; TORRES, Samantha; ECKER, Daniel Dall'Igna. Psicologia e ditadura civil-militar: reflexões sobre práticas psicológicas frente às violências de estado. Revista Epos, Rio de Janeiro , v. 5, n. 1, p. 57-78, jun. 2014.

TRAVERSO-YÉPEZ, M.A. Dilemas na promoção da saúde no Brasil: reflexões em torno da política nacional. Interface - Comunic., Saúde, Educ., - Comunic., Saúde, Educ. v.11, n.22, p.223-38, mai/ago 2007.

YAMAMOTO, Oswaldo Hajime; OLIVEIRA, Isabel Fernandes de. Política Social e Psicologia: uma trajetória de 25 anos. Psicologia: Teoria e Pesquisa, Brasília, v. 26, n. spe, p. 9-24, 2010.

III CONGRESSO DE PSICOLOGIA: as diversas faces do cuidar.
De 26 a 28 de abril de 2018. Belém – PA/
HANGAR – Centro de Convenções da Amazônia
Volume 03 – ISSN: 2526-527X
CADERNO DE TRABALHOS COMPLETOS
http://revistas.unama.br/index.php/anaispsicologia/index

UMA REFLEXÃO SOBRE POSTURA ´PROFISSIONAL E INTERVENÇÕES PSICOLÓGICAS NO AMBIENTE HOSPITALAR, SOB A PERSPECTIVA DA GESTALT TERAPIA.

CARVALHO, Franciane
francianedefreitascarvalho@gmail.com
CASTELLO, Luciana
LEBREGO, Arina

INTRODUÇÃO

O tema proposto neste trabalho discute sobre a postura do psicólogo no âmbito hospitalar fundamentado na abordagem Gestalt-terapia com reflexão crítica voltada aos atravessamentos que podem ocorrer entre vivências pessoais do psicólogo, e possíveis repercussões emocionais no mesmo, diante às demandas trazidas pelo paciente atendido, podendo, nesta direção, se refletir nas intervenções psicoterapêuticas realizadas de modo funcional ou não.

A atuação do psicólogo envolve oferecer a possibilidade de espaço terapêutico que favoreça o resgate da subjetividade na experiência de adoecimento e internação hospitalar. Neste espaço o psicólogo acompanhará o paciente na (re)construção de sentidos e significados sobre os entrelaçamentos entre as dimensões psíquica, orgânica, social, familiar, entre outras, que envolvem o processo de saúde e doença, o que sendo embasado por intervenções psicológicas, a partir da Gestalt-terapia, se orientam para favorecer a implicação do sujeito na sua própria vida, resgatando noções de autonomia, responsabilidade e potencial criativo para se ajustar as necessidades que emergem, a partir das experiências de adoecimento e hospitalização, (re)construindo novos modos de ser no mundo. Que este sujeito se implique e se dê conta o quanto é necessário passar pelo processo de transformação buscando sua potencialidade vivendo uma vida mais plena voltado para o aqui e agora.

Compreende-se que a experiência do psicólogo envolve também se ajustar criativamente as demandas que emergem no campo clínico ampliando contato consigo, uma vez que, o processo de construção da postura profissional envolve que o psicólogo esteja atento as suas próprias necessidades, para que no encontro

terapêutico possa atuar, a partir da relação dialógica, primordialmente na dimensão Eu-Tu.

Necessário enfatizar a importância da empatia na relação entre psicoterapeuta e paciente, possibilitando assim a construção de vínculo com o outro, requer sentimento e sensibilidade.

A função do terapeuta e criar possibilidades de alternativas que possibilites encontros consigo mesmo, para que ocorra esse processo de construção o profissional deve estar com suas demandas equilibradas porque só posso orientar outro, se eu cuido da minha saúde mental. Elaborar uma cumplicidade com a situação do outro, que refere uma experiência indireta que é vivenciada por outra pessoa, compreendendo esse sentimento que meu paciente relata, nesse processo eu não devo me apossar dele, como fosse meu, caminho é traçado por este paciente eu sou apenas um acompanhante neste caminhar, fazendo com que ele use, um instrumento chamado auto estima que vai oferecer segurança para lidar consigo e com seus problemas.

É necessário que o psicólogo iniciante estabeleça uma “sintonia emocional” com este indivíduo, no sentido de manter presença organísmica para aproximação existencial ao modo como o paciente relata, expressa suas vivências, mas compreendendo, que não pode se antecipar, como um solucionador de problemas do outro, nem se atrasar, como quem espera que o outro se resolva sozinho, mas estando junto com o cliente na descoberta de caminhos e possibilidades de ser.

Esta postura envolve também acolhimento com amorosidade, uma vez que, quando o paciente se sente amado, incluído e validado como indivíduo, dentro do contexto cultural das instituições de saúde que ainda hoje tendem a um olhar massificador e generalizante sobre os usuários, isto enaltecerá sua dignidade sentindo-se valorizado nesta relação, segundo Cardella.

Neste contexto o mesmo poderá se dar conta de modo mais ampliado das suas experiências, e em seguida perceber que é autor de sua história de vida, logo somente ele pode fazer suas escolhas e consequentemente não será mais um prisioneiro que impossibilitava sua mudança.

Outro item relevante refere a importância da existência da pratica da vulnerabilidade e quando nos importamos com que outro revela de si e acolher seus

anseios, isto fortalece o vínculo com seu paciente e o mesmo percebe que está sendo assistido e notado sendo importante se colocando de forma horizontal. Segundo Cardella quando o terapeuta é consciente da própria vulnerabilidade é capaz de ser humilde.

Estamos cercados pela era do sofrimento, o ser humano não sabe lidar com princípios básicos e naturais da vida e quando adoecemos nosso organismo fica frágil e nosso psíquico também é atingido e o ambiente hospitalar se torna um local hostil, logo o adoecimento está associado a uma alteração emocional do indivíduo refletindo nossas ações diante o processo de internação, por este motivo um dos focos de atuação da psicologia hospitalar visa os aspectos psicológicos em torno do adoecimento.

Todo processo terapêutico é permeado pela relação entre terapeuta e cliente no princípio este momento se dar de forma monologa em decorrer do tempo se apresenta através de diálogo deve se colocar na pele propondo assim um processo de inclusão, em seguida fazer a escuta mesmo que cause uma discordância por parte do terapeuta mais não lhe cabe fazer julgamentos de valores o importante é honra a demanda do seu cliente permitindo assim que ocorra o processo de confirmação.

Procurar ouvir este cliente em voz alta, escutando com atenção cada detalhe desta fala traga. O grau de confiança é fundamental nesse processo terapêutico funcionando como um suporte para qualidade do atendimento. Não basta apenas escutar o que esse cliente lhe traz é preciso observa como ele narra, faz toda diferença através da narração vai trazer conteúdos reveladores, pois estes existes situações que estão escondidas e algumas vezes negada, as expressões corporais revelam muito sobre este indivíduo, o modo como se expressa e se apresenta serve como fonte de informações para compreensão de como este sujeito funciona ou melhor se possui alguma disfunção.

A terapia trata de um processo a dois e o cliente precisa deste olhar, porque constitui um olhar diferente, o conteúdo que este sujeito transmite na sua fala narra sofrimento não sabendo lidar com suas queixas causando sintomas que afeta seu funcionamento diante suas atitudes no mundo, logo o percurso a ser trilhado pelo cliente exige um trabalho a ser feito que poderá ser comparado com o desenvolvimento de uma criança que começa andar a princípio inicia esse processo

engatinhando para em seguida ficar em pé, para posteriormente dar os primeiros passos, ou seja ocorre de maneira gradativa até chega na forma mais complexa.

Na psicoterapia não é diferente ocorre de forma sequencial, seguindo a particularidade de cada sujeito e como se ver neste processo. O aqui-e-agora tem como finalidade de liberta o cliente de situações inacabadas que acabam se repetindo quando o indivíduo não consegue se perceber se tornando prisioneiras do passado e fantasiando o futuro sonhando acordado em vez de vivenciarem experiências que emergem sobre suas vidas e quando se encontra sentido para suas ações se apropriando destes eventos os tomando como os seus, passando a ser responsável pela construção de um novo caminhar como autores desta história.

A intervenção psicológica deve levar em consideração a historicidade dos processos envolvidos vinculando a relação entre o sujeito com a sociedade no seu contexto histórico no qual pertence e que tudo pode ser diferente e que trajetória humana trata de um processo dialético e histórico onde cada um se torna protagonista de sua história.

O psicólogo hospitalar é um facilitador do protagonismo do paciente na manutenção o reestabelecimento de sua saúde. Dizemos que o foco seria como este paciente lida com o viver a saúde e a doença diante as limitações que o mesmo se encontra sujeito.

Os psicólogos devem construir técnicas terapêuticas e formas de trabalho que possibilitem ao sujeito a refletir sobre o que ele como pessoa, construiu em decorrer de sua vivencia. Cabe introduzir novas informações que possibilitem reestruturar o que estava configurando, como pode intervir no seu cotidiano ampliando assim suas ações como protagonista.

O terapeuta trabalha em conjunto visando reabilitar o paciente reincidindo na comunidade, realizar atendimento a família e aos comunicantes e construir uma rede social que serve como apoio, evitando a fragilização emocional no seu mundo relacional e fora dele. Fazer com que este usuário ganhe autonomia reconheça e valorize o seu saber adquirido através de suas experiências que se perceba nesse processo de doença e as opções que são oferecidas para que possa participar na condução do tratamento.

E oferecido a escuta psicológica tanto individual e familiar sempre fundamentada no monitoramento da subjetividade, através de um suporte emocional

para auxiliar na elaboração diante aos resultados clínicos que os mesmos foram submetidos que implique na aceitação do diagnostico que favoreça no processo de adesão ao tratamento que o sujeito necessita.

Percebemos que na maioria das vezes, este sujeito somente que ser ouvido de forma humanizada precisando ser acolhidos. Capacitação teórico-prática, tem como base reciclar profissionais e equipes de saúde que pode ser desenvolvido por gestores trabalhando com as habilidades dos profissionais, por este motivo não se pode estagnar no tempo sempre mantendo uma educação continuada que vai auxiliar para a conscientização e a mudança de comportamento com relação as atitudes e formas de lidar com questões sociais da realidade do paciente.

O serviço de saúde deve ser um local de aprendizado de forma continua que exige participação com aspecto transformativo nos processos de suas atuações direcionado a humanização ganhando mais uma nomenclatura como educador nesse campo de atuação que abrange o hospital. Deve ser vista como uma responsabilidade de todos os profissionais da saúde, propor ações de interdisplinariedade e multidisciplinar que implique no respeito e da valorização que seja aplicada na questão subjetiva, que não pode ser apenas de exclusividade do psicólogo e nos perceber qual o nosso papel diante esse processo.

Uma das principais intervenções que o psicólogo deve atuar em equipe interdisciplinar assessorando como se dar esse processo de acolhimento e reflexão que o paciente atravessa nessa relação de adoecimento. Devemos ter um olhar diferenciado observando como funciona a dinâmica familiar dentro dessa rotina hospitalar, acolhendo e preparando essa família diante ao diagnostico para que eles participem nesse processo de cuidado junto a equipe.

Acompanhando as informações medicas que são descritas no prontuário e quando necessário agir como um facilitador no processo de comunicação que vai desde da admissão até o encaminhamento para enfermaria ou até em alguns casos UTI, por este motivo deve se encontrar atento em todos os detalhes do processo de evolução do quadro clinico que seu paciente presencia, conhecer a rotina diária do setor o qual se encontra inserido, se apropriar dos hábitos de vida, perfil biopsicossocial, as barreiras que seu paciente possui, os enfrentamentos sociais, ou seja, tentar o máximo conhecer como este sujeito funciona, logo todas as informações coletadas, serviram como um suporte para orientar este indivíduo atravessar no

processo de internação, o quanto mais estabelecer o vínculo com esse sujeito mais ele sentirá acolhido.

Conhecer a rede de apoio é fundamental para posteriormente encaminha esse paciente quando for necessário ao receber alta hospitalar de acordo com demanda do sujeito respeitando sua especificidade.

O psicólogo deve promover discussões, reflexões e ações sobre o cuidado com este paciente, pois se encontra frágil mediante a doença no momento em que o paciente fica entre o limite da vida e morte estão uma do lado da outra podendo interferir no tratamento do mesmo.

É de suma importância o terapeuta conhecer o Sistema Único de Saúde quanto a sua promoção, prevenção e assistência em saúde pública e coletiva e os cuidados básicos de saúde, compreendendo como funciona o espaço político no qual a Psicologia está inserida e sobre o que ele deve conhecer e sua respectiva atuação neste campo abrangendo a contextualização e suas relações, promovendo dialogo com outras disciplinas e saberes específicos em defesa do usuário, servindo como instrumentos no desenvolvimento deste trabalho, preciso buscar interlocutores dentro dessa equipe no qual se encontra inserido.

O SUS disponibiliza diretrizes, princípios doutrinários e princípios organizativos que no qual o profissional deve deter como seu conhecimento. Quando nos referimos no humanizar no sentido proposto pelo Ministério de Saúde que vai além do reorganizar os espaços sanitários se preocupando com os direitos de cidadania que institui integralidade articulando ações de prevenção, tratamento e reabilitação focando a pessoa como um todo. Antes este sujeito não era nomeado pelo nome, mais sim por um número de leito, hoje com esse nova pratica, dispõem uma voz ativa a este sujeito o identificando com um ser humano que deve ser atendido por suas necessidades especificas elevando a condição do sujeito que vão além dos cuidados com o corpo e dando uma atenção a sua subjetividade, reorientando o modelo assistencial que antes era um modelo de caráter curativo voltada agora para integralidade de acordo com as demandas de cada indivíduo.

O contato com equipe deve ser diariamente, procurar ter uma boa relação profissional em especial com agente de posto que é o funcionário responsável pela atualização do senso, quando solicitado os serviços de psicologia pela equipe, antes

de realizar o atendimento fazer uma avaliação o porquê da solicitação, apresentar ao paciente e ao cuidador o serviço de psicologia explicando sua funcionalidade.

OBJETIVO

Discutir sobre a postura profissional e intervenções psicológicas, a partir das perspectivas da Gestalt-terapia e psicologia da saúde, no contexto hospitalar, desde a experiência de estágio curricular na graduação.

METODOLOGIA

Esta pesquisa foi embasada em leituras e discussões de materiais científicos referentes a Gestalt-terapia e Psicologia da Saúde e Hospitalar, associado a experiência vivida de estágio curricular em hospital geral, que envolve atendimentos psicológicos ao paciente e família, discussão de caso com a equipe de saúde, leitura e escrita em prontuário multiprofissional e supervisão dos casos atendidos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Durante o processo de coleta e análise do material pesquisado em levantamento bibliográfico, associado a prática de estágio supervisionado foi possível aprofundar a compreensão científica e vivencial sobre a construção da postura profissional do psicólogo iniciante, sobre como o psicoterapeuta precisa estar voltado a si e ao outro quando ocorre o encontro terapêutico, o que inevitavelmente implicará em que ambos sejam afetados na fronteira de contato, demandando ao profissional a escuta clínica e manejo terapêutico para o desenvolvimento de postura acolhedora, facilitadora de *awareness*, isto é, um acolhimento da existência do outro que possibilita que o outro acesse a si mesmo com liberdade e dignidade.

É importante estabelecer o aqui-e-agora que refere a um trabalho de foco e atenção no seu presente, fundamentando assim o contato através da ampliação da fronteira na tentativa de integrar o sujeito consigo mesmo alcançando conscientização sobre sua habilidade e capacitação está percepção só se dar no presente.

A proposta do aqui-e-agora visa resgatar o repensar das coisas que são dadas e permiti o indivíduo se reinventar no contexto que no qual estar inserido. A Gestalt possibilita que o sujeito procure se adaptar ao meio de forma criativa propondo novas formas de vida. Buscando o homem na sua totalidade enquanto organismo.

Quando o sujeito se apropria de quem é, permite que ocorra uma mobilização que repercuti no processo de mudança, logo tem que se reconhecer e se aceitar aí conseguirá estabelecer a mudança. Chegaremos em um bom resultado quando o terapeuta realiza suas intervenções a serviço do cliente e não para preencher suas lacunas. Trabalhando com cliente de acordo com sua possibilidade que o mesmo traz para o atendimento e quando se revela mostrando de fato a sua dor.

Nesse processo o profissional deve estimular reflexão como um todo sobre a sua atuação como psicólogo com ética tendo responsabilidade sobre seus deveres e sem julgamentos em suas pratica profissionais, visando promover saúde e qualidade de vida sem descriminação respeitando o sigilo o qual foi confiado.

Cabe ao psicólogo propor ao cliente descriminar suas necessidades, assim possibilitando que busque sua posição mediante ao mundo e como deve se configurar através da sua percepção que flua com dinamismo, tornando mais expressivo em suas ações.

Neste presente trabalho é necessário discutir a importância sobre a inserção e formação profissional na área da psicologia da saúde visando contribuir para as lacunas que ainda deparamos ainda atualmente, relacionada quanta as pratica psicológicas destes serviços oferecidos.

Objetivo e oferecer mais humanização nos atendimentos prestados à população com novos modelos alternativos, ocorrendo grande desenvolvimento na área da saúde nos anos 80.

Campo da psicologia da saúde deve ser uma área multidisciplinar, composto por diversos ramos da ciência como social, antropologia, ética médica, buscando uma evolução nesse processo de atuação, ressaltando que esses campos devem ser integrados entre si trabalhando em conjunto. Um dos pontos importantes destes profissionais é quanto a compreensão sobre a relação entre o comportamento e a saúde sobre as intervenções necessárias diante este sujeito que se encontra hospitalizado com intuito de aprimorar este sistema de regulamentação da saúde.

De acordo com a pesquisa realizada pela ABEP- Associação Brasileira de Ensino de Psicologia em 2006, foi identificado que a principal atuação do psicólogo ainda se baseia em atendimento clinico individual, diante a este dado, as Universidades não focalizam na formação acadêmicas da psicologia hospitalar, quando este profissional se direciona para este campo de atuação se encontra

incapacitado para executar essa função no âmbito hospitalar pelo fato desconhecer o sistema de saúde por este motivo deve se implantar diretrizes que informe como este sistema se configura.

Existe uma falha que acaba ocasionando um problema, pois este profissional que não foi preparado adequadamente de acordo com as especificidades que estão contidas na saúde, acabam implantando o modelo clinico no hospital causando um descompasso neste setor, deixando de atender as reais necessidades do hospital e a situação pode se agravar mais ainda, quando se depara com uma realidade de um hospital público que se encontra sucateado na maioria das vezes em condições precárias cheio de mazelas sociais, maioria desses pacientes são de baixa renda mais um ponto diferenciado da clientela da clínica que apresenta uma condição econômica mais favorável que os pacientes do hospital.

A teoria é fundamental servindo como um suporte, para as intervenções do psicólogo com uma escuta sensível e humanizada deve se aliar com os fundamentos teóricos e práticos andando uma do lado da outra, auxiliando nesse processo terapêutico. Diante este fato seria de suma importância fazer uma análise sobre as matrizes curriculares das Instituições para que elas comtemplem disciplinas e estágios que possam estar vinculados as formações de psicólogos que atuem no hospital para exercerem suas funções de maneira adequada e com qualificação apropriada neste campo de atuação.

A psicologia precisa ser revista quanto a inserção do profissional que seja compatível com os aspectos sociais. A formação fornece pouco perante a demanda real que deparamos, formando mais psicólogos clínicos, devendo enfatiza a importância da pratica de estágios na área aliados a formação teórica, requerendo discussões sobre questões políticas e sociais superando as limitações na formação habilitando estes psicólogos a lidarem melhor com as demandas que irão encontrar no seu dia a dia sendo um grande desafio das lacunas deixadas pela formação acadêmicas.

CONCLUSÃO

O hospital é uma instituição marcada por dinamismo que envolve frequentes e variadas condutas multiprofissionais, diagnósticos, tratamentos, melhora ou piora clínica, alta ou óbito, luto, ou seja, a cada instante o cenário vivencial do paciente se modifica, logo o psicólogo se depara com situações que requerem intervenções

pontuais, sempre buscando dar ênfase a promoção e educação da saúde com um direcionamento multiplicador, de construção de processos singulares de saúde, que também favorecem a aperfeiçoar os modelos de atuação profissional.

Na condição de estudantes, ao longo da vida acadêmica somos orientados a fazer psicoterapia, pois será necessário o trabalho pessoal a partir das questões que nos atravessam enquanto sujeitos na relação com os pacientes, e que podem contribuir ou prejudicar a qualidade de atuação do psicólogo. Compreende-se assim que a construção do psicoterapeuta na atualidade, se baseia como cita Fritz Perls "Um terapeuta não usa técnicas, usa a si mesmo" (2006, 109), logo as experiências do psicólogo estarão envolvidas no processo de construção do seu fazer profissional.

A prática de estágio revela que o psicólogo iniciante deve estar preparado para realidade que vivenciará no ambiente hospitalar e consideramos que a psicoterapia pessoal é fundamental, e sem dúvida um dos pilares da construção da postura profissional eticamente responsável. Temos que estar preparado para realidade que iremos presenciar no ambiente hospitalar.

Psicólogo tem que se inserir e assumir seu papel e reflexões sobre o seu fazer e apropriar deles, para atuar no seu campo de atuação. Importante dar ênfase quanto a temporalidade e acompanhar as transformações a respeito das organizações sociais ao longo da história.

Vivemos em um mundo com ritmo acelerado associado a modernidade que gera psiquismo específicos que nos quais devemos estar atentos sobre aumento das neuroses.

Concluímos que a proposta do psicoterapeuta e fazer com que seu paciente traga sua história e a experimente no aqui e no agora refere a uma atitude incessante da abordagem Gestáltica com tentativa estabelecer novas configurações das relações e de si que vai possibilitar um funcionamento saudável diante das imposições sociais.

O quanto é necessário que o psicoterapeuta assimile que só poderá oferecer escuta ao outro quando o mesmo ter equilíbrio a respeito dos bloqueios existentes, que os impossibilita de chegar ao processo de awareness, voltado para o aqui e o agora de acordo com a ocorrência de nossos sentidos dos fenômenos que ocorrem dentro e fora de nós que poderá comprometer diretamente no suporte psicológico

submetido ao seu paciente, pois sou posso cuidar do outro quando eu cuido da minha saúde mental.

A relação entre a ética e os direitos de cidadania irá favorecer um a política de prevenção e assistências cada vez mais próximo da realidade social do indivíduo acerca das informações que a pessoa tem direito sobre a doença e tratamento no qual e submetido.

A legislação garante respeito de comunicação e sigilo por parte do profissional da saúde protegendo o usuário de qualquer situação que provoque algum tipo de constrangimento de acordo com código de ética dos psicólogos deve ser respeita o sigilo de seu paciente, prevalecendo sempre a seu consentimento. Estes princípios devem ser norteadores pautadas numa pratica de ética contextualizada, são muitos os desafios encontrados na intervenção que seja aplicável na realidade sem descriminação.

Descobrimos em decorrência de nosso trilhar pela estrada da vida o terapeuta é um aprendiz de conhecimento nesta relação de contato, o mesmo deve se permitir aprender com outro e a sua escuta será fundamental nesse processo, o cuidado com humano não se trata de uma receita de bolo, não está escrito em livro algum, mais sim do que é presenciado e vivido devendo estabelecer um equilíbrio entre a teoria e o acolhimento se colocando no lugar do outro se nos importamos como sofrimento e aceitando este sujeito como se apresenta estamos estabelecendo de fato nosso papel como psicólogos.

Devemos priorizar a coleta de dados através dos prontuários que irá ser nosso carro chefe para compreender os sintomas do diagnóstico do paciente e como ocorre evolução da doença. Devendo se apropriar deste conhecimento que será nosso foco para o planejamento das intervenções necessária nos casos clínicos para os conduzir, propiciando qualidade nos atendimentos. Concluímos então que o cuidado é um fenômeno consciente que vivenciamos, o mundo contemporâneo constitui de descuido atravessado por uma crise ocasionado pela má qualidade de vida.

PALAVRAS CHAVES: Psicologia Hospitalar, Gestalt-Terapia, estágio curricular.

REFERÊNCIAS

BORNHOLDT, Ellen; CASTRO, Elisa. Psicologia da saúde X Hospitalar: Definições e possibilidades de inserção profissional. Psicologia ciência e profissão, 2004,24[3],48-57.

CARDELLA, Beatriz Helena. A construção do psicoterapeuta na atualidade. Revista da abordagem Gestáltica – XII (2): 109-117, julho-dez, 2006.

CLARK, Jean Juliano. Arte de restaurar historias: Libertando o diálogo. São Paulo: Summus,1999.

PIRES, Ana; BRAGA, Tânia. O psicólogo na saúde pública: Formação e inserção profissional. Temas em psicologia -2009, Vol. 17nº 1,151-162.

III CONGRESSO DE PSICOLOGIA: as diversas faces do cuidar.
De 26 a 28 de abril de 2018. Belém – PA/
HANGAR – Centro de Convenções da Amazônia
Volume 03 – ISSN: 2526-527X
CADERNO DE TRABALHOS COMPLETOS
http://revistas.unama.br/index.php/anaispsicologia/index

INFLUÊNCIAS DO ASSÉDIO MORAL NA SAÚDE MENTAL DO TRABALHADOR: RELATOS DE EXPERIÊNCIAS DO PSICOLOGIA NAS RUAS

FIGUEIREDO, Erica Guedes
erica.guedes1@gmail.com
LIMA, Altiere Duarte Ponciano
SOUZA, Lívia Bentes de
LEÃO, Lucas Dourado

INTRODUÇÃO

O assédio moral no ambiente de trabalho tornou-se uma forte preocupação para sociedade. Estudos vem demonstrando o aumento da violência psíquica no ambiente laboral, em virtude da globalização, regras incertas, mudanças rápidas, alta competitividade, cobranças excessivas por resultados, acaba por acarretar violências no trabalho. (FREITAS; HELOARI; BARRETO, 2008; GUEDES, 2008; RUFINO, 2006). É válido ressaltar que este tipo de violência não é somente uma questão individual, pois traz consequências e impactos negativos à saúde da vítima, sociedade e também às organizações.

Diante dos artigos pesquisados, assédio moral é toda conduta abusiva e habitual manifestada por comportamentos, palavras, atos, gestos escritos os quais possam trazer dano à personalidade, à dignidade ou à integridade física ou psíquica de um indivíduo, colocando assim, em perigo seu emprego, ou degradar o ambiente de trabalho (CURITIBA, 2015).

Desta forma, faz-se necessário compreender como o assédio moral é manifestado, como os gerentes e os funcionários o percebem, como é tratado dentro das organizações e qual o papel do psicólogo organizacional como promotor de saúde mental e qualidade de vida nesses casos. Sendo este, presente na realidade de uma empresa, porém, muitas vezes banalizado e até mesmo ignorado, em alguns momentos por covardia, outros por indiferença, como se nada fosse adiantar fazer e outras por desconhecimento. O artigo em questão visa compreender nos relatos de experiências da população as influências do assédio moral na saúde mental das pessoas que estavam presentes e participaram da dinâmica realizada na praça da República em Belém, na campanha do Janeiro Branco, a fim de sensibilizar o público

para tal impertinência dentro das empresas a partir de um modelo de intervenção proposto pelo Projeto Psicologia nas Ruas, sendo este, um projeto sem fins lucrativos, que possui como finalidade levar a população em geral, informações e serviços relacionados à psicologia, apresentando toda a rede disponível que visa oferecer ajuda direta e profissional para as diversas demandas do sujeito, cooperando desta forma para o desenvolvimento de estratégias para redução de riscos.

O interesse pelo estudo surge a partir de leituras e vivencias no Projeto Psicologia nas Ruas, dos relatos de assédio moral no trabalho e observações em relação a como as pessoas já foram vítimas, todavia nem sempre o percebem, sendo válido esclarecer as características, causas e consequências a qual, pode acarretar.

O desenvolvimento da pesquisa justifica-se pelo interesse e significância do tema assédio moral no ambiente laboral o qual influencia diretamente a saúde mental dos trabalhadores, e busca contribuir para produção de material científico e a necessidade de estudos pertinentes nesse âmbito.

OBJETIVOS

O presente artigo possui como objetivo identificar de que forma é percebido o assédio moral na organização, por meio de relatos da população nas ruas e também através da comunicação de experiência vivenciada enquanto estagiária do Projeto Psicologia nas Ruas, relacionando estudos bibliográficos e as práticas situacionais no ambiente de trabalho, visando contribuir para ampliar a compreensão de fatores que levam a esse tipo de assédio no ambiente laboral.

METODOLOGIA

A pesquisa foi realizada na Praça da República, na cidade de Belém (PA) no mês de janeiro de 2018. O público participante, foi composto por vinte e quatro pessoas, entre homens e mulheres, os quais vinte e um do público participante, era a população que estava na praça participando do evento, havia presente uma psicóloga como mediadora e duas estagiárias do curso de psicologia do 9º semestre, as quais fazem parte do projeto Psicologia nas Ruas. Os instrumentos utilizados para atividade foram: papéis, nos quais continha escrito seis personagens: gerente (assediador), funcionária (funcionária A), funcionária assediadora (funcionária B), funcionária que fica na caixa (funcionária C), cliente com raiva e clientes. A atividade teve duração média de 15min a 20min e no local fictício sugerido: “Loja de roupas”.

A dinâmica ocorreu em um espaço ao ar livre no qual, o teatro-ação foi realizado por três vezes e cada encenação realizada convidávamos as pessoas que estavam passando no local a participarem, sendo em média 7 participantes a cada momento. Durante as três vezes aplicadas, obtiveram-se experiências diferentes.

DISCUSSÕES

O objetivo da dinâmica foi incluir as pessoas que estavam passando na praça, no momento das atividades desenvolvidas e coloca-las como sendo as próprias personagens no teatro-ação. Foram distribuídos os papéis que continham cada personagem que comporia atividades do teatro, pessoas que se interessavam em participar escolhiam personagens que iriam protagonizar na cena. As duas estagiárias de psicologia assumiram as personagens de gerente (assediadora) e funcionária vítima do assédio. Logo após a primeira situação, houve o questionamento se as pessoas as quais atuavam, estavam exercendo o papel corretamente e em seguida perguntado como fazer de forma correta. O público respondia e recriávamos as cenas, ao término de cada encenação, iniciava-se uma roda de conversa.

A finalidade foi de sensibilizar o público para o assédio moral dentro da empresa, o qual, muitas vezes, passa despercebido, as pessoas são vítimas diariamente e acabam achando e aceitando ser algo comum em seu ambiente de trabalho. Conforme Hirigoyen (2006, p. 30) nos esclarece que o assédio moral é caracterizado pela repetição, sejam elas, “atitudes, palavras, comportamentos, que, tomados separadamente, podem parecer inofensivos, mas cuja repetição e sistematização os tornam destruidores”.

Desta forma, apresentou-se também o papel do psicólogo diante de tal situação, como mediadores desse conflito o qual se estabelece entre empresa e funcionário, alertando sobre os danos psíquicos causados para seus colaboradores, para a empresa e para a sociedade.

O primeiro momento no qual o teatro ação foi realizado houve a participação de sete pessoas, sendo dois do sexo masculino e cinco do sexo feminino, Um dos participantes do sexo masculino assumiu de fato o personagem lhe concebido de “funcionário assediador” e utilizou uma fala bem realista da situação demonstrada em cena, utilizando verbalizações para sua colega de trabalho que havia sido humilhada pela gerente, da seguinte maneira: “ah você não sabe fazer nada”, “não presta atenção no que faz...” assim, como os outros participantes também assumiram o papel

proposto e atuaram de forma realista. Ao final da dinâmica, conversamos com o grupo e os participantes afirmaram já ter vivenciado situações as quais, foram apresentadas de assédio no trabalho.

Esse primeiro momento o qual foi apresentado, nos remete a pesquisa de Barreto (2003), que foram realizadas no setor de químico e similares com trabalhadores, buscando assim, compreender o sentido do discurso sobre saúde, humilhação, doença e trabalho construído e sustentado pela vítima, definindo assim, assédio moral, a violência moral no trabalho, sendo a exposição de trabalhadores a situações vexatórias, constrangedoras e humilhantes (CARTILHA ASSÉDIO MORAL et al BARRETO, 2003).

Pode-se pensar também, na cena apresentada, da gerente humilhando o funcionário, dentro de uma organização, quando Leão (2008) nos traz a ideia de que, mesmo os muitos gestores de Recursos Humanos estarem cientes da violência psicológica que ocorre nas condições de trabalho, os mesmos se recusam, sob condutas negativas de seus superiores que não aceitam práticas de seus profissionais, muitas vezes por medo de pôr em questão o seu próprio emprego, podendo ser classificados, como por ambição de possuir o mesmo cargo, inveja, tornando-se desta forma, neutra as atitudes conectadas juntamente com o Rh.

Segundo levantamento do Tribunal Regional do Trabalho de Belém em janeiro e Fevereiro de 2017 foi registrado 158 casos de assédio moral no ambiente de trabalho, o que nos faz refletir a cerca em como os dados são alarmantes, no estado do Pará.

No segundo grupo, houve a participação de sete pessoas, havendo predominância do público feminino e um integrante do sexo masculino. Os participantes também se envolveram e novamente afirmaram já ter vivenciado situações de assédio moral no trabalho, tanto em situação de estar em um ambiente e presenciar o funcionário ser assediado pelo seu chefe na frente de outras pessoas, quanto no lugar de vítima.

Com o terceiro grupo, houve uma situação a qual chamou atenção, pois o papel designado a personagem que representaria, não conseguiu assumir o papel de agressor, de tratar mal, de humilhar, o tempo de duração da encenação, foi a participante tentando amenizar a situação. Ao final, durante a discussão, sua fala é que já havia presenciado e não se sentira bem com a situação de ver alguém sendo

maltratado, ou até mesmo tratar mal outra pessoa no ambiente de trabalho, nesse momento, iniciamos a roda de conversa e explicamos os tipos de assédio demonstrados no teatro-ação.

Conforme (AVILA, 2008 *apud* Guedes, 2003) o assédio moral pode ser classificado de dois modos: o vertical e o horizontal e o vertical pode se subdividir em: ascendente e descendente. O assédio moral vertical ascendente, acontece nos casos em que subordinados se insurgem e perversamente investem ataques contra o superior, retirando-lhe a autoridade e forçando a demissão. Os subordinados buscam retirar a autoridade de seu chefe, resistindo e descumprindo ordens por ele e em alguns momentos, debocham de algumas atitudes adotadas, esse caso costuma acontecer geralmente, quando alguém de um grupo, muitas vezes, aquele mais tímido, quieto, recebe uma promoção e este passa a gerenciar o grupo, pode ocorrer a inveja por querer estar no lugar do outro e acaba assim, ridicularizando, até que chegue ao limite insuportável e seja obrigado a pedir demissão.

O vertical descendente é quando a violência é cometida de cima para baixo, fundando-se em questão hierárquica. O horizontal é praticado por colegas de trabalho do mesmo patamar que a vítima.

Na encenação apresentada esteve presente o assédio moral vertical descendente o qual ocorreu de uma gerencia para seus colaboradores, esse assédio ocorre quando a violência é cometida de cima para baixo, fundando-se em questão hierárquica. E tivemos o horizontal, sendo este praticado por colegas de trabalho do mesmo patamar que a vítima, no teatro-ação a gerencia chamava atenção da funcionária e a(o) colega(o) começava a rir e constrange-la na frente dos clientes. Assim, os participantes relatavam suas vivências sobre questões que envolvem o assédio dentro da empresa e as estagiárias juntamente com a psicóloga faziam a mediação e explicação de como atentar-se para o assédio e o papel do psicólogo dentro da organização como mediador desse conflito.

Conforme o Conselho Federal de Psicologia, “o psicólogo trabalhará visando promover a saúde e a qualidade de vida das pessoas e das coletividades e contribuirá para a eliminação de quaisquer formas de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão” (CFP, 2005).

Primeiramente ao pensarmos no papel do psicólogo no ambiente organizacional, imaginamos nele o papel de promover a saúde mental, bem como,

qualidade de vida no trabalho, pois é neste ambiente que muitos passam a maior parte do seu dia se dedicando e convivendo com outras pessoas. Se no ambiente organizacional as coisas começam a mudar, se antes aquele lugar em que se sentira bem e havia prazer em estar e hoje não ocorre mais, se deve levantar um alerta e buscar compreender o que está acontecendo. Um ponto importante a ressaltar é que o psicólogo trabalhará para o bem-estar de todos, tanto para a empresa quanto para o bem de seus colaboradores.

O assédio moral provoca doenças biopsicossociais ao trabalhador, e o psicólogo entra como mediador desse conflito que se estabelece, pois, o assédio, além de trazer sérios danos a vítima, ao agressor e a empresa, acaba por acarretar mudanças em todo o clima organizacional.

Christophe Dejours (1994), irá falar do processo de somatização, que é o conflito que não consegue encontrar uma resolução mental e acaba por desencadear, no corpo, desordens endócrinas e metabólicas, essas sendo, o ponto de partida de uma doença somática.

Essas consequências sobre a saúde do profissional, acaba por afetar diretamente seu equilíbrio mental, que irá provocar desgaste psicológico, além de afetar a predisposição física, contribuindo desta forma, para o afastamento do indivíduo das atividades laborais por motivo de saúde. (Leão, 2008)

Em conformidade com o que acontece na organização, a priori, seria importante trabalhar com a prevenção, uma vez que é necessário antes de se estabelecer o assédio, transmitir a informação aos trabalhadores a respeito do que é assédio, como agir para evitar esse conflito e também garantir treinamentos aos gestores para saberem lidar com esses conflitos, visto que, uma das maiores incidências de assédio moral é do tipo vertical descendente o qual, vem de uma hierarquia para seu subordinado. E estes sendo treinados desde cedo para saber trabalhar e administrar esses conflitos, resultará em pontos positivos, para empresa, colaborador e gestor.

Outro ponto a ser pensado é incluir esses trabalhadores de fato, na vida da empresa, em tarefas e funções bem definidas, com regras bem claras e estabelecidas nos informativos internos da organização, para que todos tenham nítidos os seus respectivos papeis.

Entretanto, caso o assédio já esteja ocorrendo o psicólogo irá trabalhar com possíveis intervenções, bem como, acolher a vítima, procurar saber da situação e o

ponto em que chegou o assédio, adiante, entrar em contato com o agressor e buscar da mesma forma ouvi-lo, haja visto que deve-se ter muito cuidado, pois, o psicólogo também é contratado dentro da empresa, então verificar qual contexto ocorreu o assédio e buscar conhecer as pessoas envolvidas, todavia, tal ato, demanda de muita atenção, pois o psicólogo deve estar sempre respaldado em seu código de ética. Segundo Zanelli e Bastos (2004) o psicólogo poderá atuar também de um modo interdisciplinar com as teorias organizacionais, o direito, economia, para que haja uma compreensão das categorias que perpassam seus conhecimentos e assim, ter uma visão ampliada dessa relação entre trabalho e trabalhador. Em caso de identificado o assédio dentro da empresa, pode-se pensar em trabalhar após o fato, fazendo o acompanhamento desse colaborador, reabilitar e inseri-lo a vítima novamente no ambiente laboral, deixando claro, o papel de cada um e fazendo novamente trabalhos que possa informa-los sobre o assédio e os terríveis danos que podem causar ao sujeito.

CONCLUSÃO

O assédio moral é um tema relativamente antigo e precisa ser debatido, o que nos fica claro é ser um assunto o qual, ainda passa despercebido pelas vítimas, as quais, não sabem caracterizar como assédio, todavia o que é perceptivo são os danos principalmente psíquicos causados e a percepção de quem sofre, sendo estes, a vítima em primeiro lugar pelos danos psíquicos causados, as empresas por responderem processos e pagar indenizações, pelo fluxo de contratações quando as pessoas encontram-se insatisfeitas e buscam por outro emprego, e o estado, arcando com elevados custos no que tange a saúde pública, à assistência e a previdência social, prestando serviços de reabilitação profissional e dando benefícios previdenciários em razão do afastamento precoce dos empregados. O projeto consistiu na realização de uma intervenção do grupo Psicologia nas Ruas, no mês de janeiro em cuidados com a saúde mental, utilizando-se do teatro-ação e diálogo reflexivo para roda de conversa.

É válido ressaltar que os argumentos aqui presentes, são possíveis intervenções, pontuando a dificuldade em que se teve para colheita de materiais/ artigos que apresentem práticas relacionadas ao trabalho do psicólogo diante do assédio moral dentro da empresa. Conforme Campos et al. (2011) “não foi encontrado

nenhum artigo que apresentasse possibilidades práticas de atuação do psicólogo organizacional frente às situações de assédio".

É necessário deixar claro que existe limite entre cobrança e o assédio, a partir do momento em que a cobrança ultrapassa o razoável, ela torna-se assédio, temos como exemplo, cargos em que as chefias ganham premiações, participações em cima das metas dos seus inferiores, com isso, exigindo cada vez mais metas a serem atingidas, o que pode acarretar sérios danos psíquicos aos colaboradores, causando depressão, crise de pânico, fobias, efeitos diretos na vida do sujeito, pois não consegue mais superar expectativas.

De acordo com a pesquisa e com base nas discussões, observou-se pouco conhecimento em relação ao assédio moral, sendo difícil para os participantes caracterizar e diferenciar de um dia de trabalho o fato de haver alterações nas atitudes com níveis de estresse mais elevados e quando ocorre de fato o assédio moral, sendo este algo continuo. Com isso, percebemos que levar conhecimentos a população nas ruas é de fundamental importância, esclarecer nosso papel como psicólogo dentro de um ambiente laboral o qual, o mesmo trabalhará para o bem-estar de todos.

REFERENCIAS

AVILA, R. P. As consequências do assédio moral no ambiente de trabalho. Dissertação de mestrado. Caxias do Sul. Universidade de Caxias do Sul, defesa em 15 de Maio de 2008. Disponível em: https://repositorio.ucs.br/xmlui/bitstream/handle/11338/290/Dissertacao%20Rosemari%20P%20de%20Avila.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em 10 de Março 2018.

BARRETO, M. Violência, saúde e trabalho – uma jornada de humilhações. São Paulo: EDUC, 2003.

CAMPOS, K. C. de L.; DUARTE, C.; CEZAR, OLIVEIRA, E. and PEREIRA, G. O. A. Psicologia organizacional e do trabalho - retrato da produção científica na última década. *Psicol. cienc. prof.*[online]. 2011, vol.31, n.4, pp. 702-717. ISSN 1414-9893.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Resolução n° 010, de 21 de julho de 2005. Aprova o Código de Ética Profissional do Psicólogo. Disponível em: https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/07/codigo-de-etica-psicologia.pdf. Acesso em: 10 de Março de 2018.

CURITIBA (2015); in: _____CARTILHA Assédio moral no trabalho: o que é e como evitar / *organização:* Análise de Fátima DzieciolSurek et AL, UTFPR.

Dejours, C., Abdoucheli, E. & Jayet, C. (1994). Psicodinâmica do trabalho: contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. São Paulo: Atlas.

FREITAS, Maria Ester de; HELOARI, Roberto; BARRETO, Margarida Maria Silveira . Assédio Moral no Trabalho. São Paulo. Cengage Learning. 2008.

HIRIGOYEN, M.-F. Mal-estar no trabalho: redefinindo o assédio moral. 3. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2006, pag. 30.

LEÃO, E. P; Assédio Moral: Violência oculta que tem atingido muitos profissionais. Criciúma. Abril, 2008.

ZANELLI, J. C.; BASTOS, A. V. B. Inserção Profissional do Psicólogo em Organizações e no Trabalho. In: ZANELLI, J. C.; BORGES-ANDRADE, J. E; BASTOS, A. V. B. Psicologia, organizações e trabalho no Brasil. Porto Alegre: Artmed. p. 466-491.

III CONGRESSO DE PSICOLOGIA: as diversas faces do cuidar.
De 26 a 28 de abril de 2018. Belém – PA/
HANGAR – Centro de Convenções da Amazônia
Volume 03 – ISSN: 2526-527X
CADERNO DE TRABALHOS COMPLETOS
http://revistas.unama.br/index.php/anaispsicologia/index

OS IMPACTOS DO ESTRESSE NAS RELAÇÕES LABORAIS

FIGUEIREDO, Érica Guedes
erica.guedes1@gmail.com
CARMO, Richarlle Trindade do
SOUZA, Bianca Nascimento de

INTRODUÇÃO

De acordo com as mudanças da tecnologia, bem como em sua utilização como tal, o processo de trabalho foi se modificando, permanecendo atualizado e exigindo do trabalhador mais responsabilidades, além de gerar a alta competitividade dentro e fora das empresas. Com isso, pode aparecer o que se conhece por estresse. Sendo este, encontrado diariamente por meio de cobranças vindas de todas as partes: em casa, no trabalho, nas escolas, nos relacionamentos, os quais poderão ocasionar um fator prejudicial para a saúde física e mental dos trabalhadores.

Ao falar de estresse, normalmente criam-se associações ligadas a sensação negativas contornadas aos diversos segmentos do cotidiano. Sendo assim, França (2010), diz que o estresse pode ser definido como força, pressão ou esforço. Entretanto, o estresse em si, não é negativo ou positivo, mas se adquire características de acordo com as vivências de cada pessoa em determinadas situações.

Será abordado um breve histórico da Psicologia Organizacional, conceito de estresse e os impactos que podem causar para empresa e na vida do sujeito e de que forma pode-se trabalhar com tais conceitos, para que possa haver melhorias no clima organizacional e mudanças na qualidade de vida do colaborador, consequentemente aumentando a produtividade das organizações e reduzindo seus conflitos.

Diante das pesquisas, foi percebido a grande necessidade de um trabalho que realmente surja efeitos na organização, a dificuldade em como agir e o que fazer diante do tema estresse e o papel do psicólogo na organização.

OBJETIVOS

O objetivo desse artigo foi o de identificar os principais impactos do estresse no ambiente de trabalho, bem como na repercussão da saúde do

trabalhador, nas suas interações sociais e de que forma o colaborador e a empresa podem contribuir para redução desse estresse na vida do indivíduo, assim melhorando também o rendimento na organização.

METODOLOGIA

Foi realizado um levantamento bibliográfico na busca de artigos com informações sobre estresse, saúde do trabalhador e psicologia organizacional. Para isso utilizamos como critérios de seleção, artigos indexados nas bases de dados SciELO, Lilacs e Pepsic.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

BREVE HISTÓRICO DA PSICOLOGIA ORGANIZACIONAL

Conforme as análises relacionadas a Psicologia do trabalho, Garcia, Valdehita e Jover (2003) nos colocam que ao mesmo tempo em que a disciplina relacionada a trabalho é teórica e aplicada, busca por meio de conceitos e métodos provenientes da Psicologia, compreender e explicar o comportamento de indivíduos e grupos no ambiente laboral. Possuindo como objetivo a intervenção, para satisfazer as necessidades dos colaboradores, tanto sobre sujeito quanto para o trabalho, ressaltando que não se pode negligenciar os rendimentos e benefícios da empresa.

Segundo Ghiraldelli (2000) a Psicologia passou por inúmeras modificações a procura de desenvolver a produtividade do colaborador e de seu bem-estar. Hoje os profissionais percorrem em direção de um desempenho psicossociológico, que seja norteada por uma dinâmica da organização dentro da sociedade.

Para Campos (2008) o psicólogo industrial tinha como principal finalidade o recrutamento e seleção, surgindo assim, aos interesses atrelados as indústrias, auxiliando com os testes psicológicos e sua principal preocupação era com a produção, deixando de observar as questões relacionadas aos funcionários com a empresa e também entre os grupos de funcionários.

Percebe-se que a atuação do psicólogo possuía como foco o aumento da eficiência e estar atento em avaliações das habilidades dos funcionários. Posteriormente, observou-se o interesse ligados aos colaboradores, como sua satisfação no ambiente laboral, contribuindo agora, nas discussões e estruturas das organizações. E depois, tivemos a prática, estendendo-se aos sistemas que fosse capaz de gerar maior índice de segurança e não somente foco na produtividade, mas na saúde e conforto. Consideramos agora, o psicólogo envolvido em práticas direcionadas também saúde mental no trabalho, desenvolvendo pessoas, planos de formação, analisando problemas laborais, relacionadas a redução de estresse, absenteísmo, aposentadoria entre outros (Garcia, Valdehita, e Jover, 2003).

CONCEITO DE ESTRESSE

O conceito de estresse não é novidade nas pesquisas e estudos, entretanto, se começou a falar no início do século XX, nos quais estudiosos das ciências biológicas e sociais iniciaram a investigação de seus efeitos na saúde física e mental das pessoas (FRANÇA. 2010). Segundo Cooper, Dewe e O'Driscoll (apud PASCHOAL e TAMAYO, 2004) as condições de vida e de trabalho são fatores primordiais e com grande poder de saúde, bem-estar físico, mental, social e no atingimento na produtividade laboral.

Já outros autores definem o termo estresse, como um estado que pode ser produzido por mudanças no ambiente que é percebido como desafiador, ameaçador ou perigoso para o balanço ou equilíbrio dinâmico da pessoa (SMELTZER et al, 1998). Diferentes ocupações apresentarão distintos estressores básicos, por exemplo: a ameaça de violência, a falta de controle sobre as decisões do trabalho ou jornadas longas. O termo estresse pode ser compreendido como uma reação que o organismo externaliza tais fatores, nos quais podem ser desencadeados nos componentes físicos, psicológicos e sociais, ou seja, são derivantes das alterações psicofisiológicas que ocorrem quando há um confronto com uma situação que provoque, de um modo ou de

outro, irritação, medo, excitação ou confusão, ou mesmo que faça a pessoa feliz. Com isso, nota-se que tais fatores estressantes são decorrentes por situações externas e internas do organismo.

ESTRESSE OCUPACIONAL

Segundo Jex (apud PASCHOAL e TAMAYO, 2004) as definições de estresse ocupacional dividem-se de acordo com três aspectos: 1 – os estímulos estressores: estresse ocupacional refere-se aos estímulos do ambiente de trabalho que exigem respostas adaptativas por parte do empregado e que excedem a sua habilidade de enfrentamento (*Coping*); esses estímulos são comumente chamados de estressores organizacionais; 2 – respostas aos eventos estressores: estresse ocupacional refere-se às respostas (psicológicas, fisiológicas e comportamentais) que os indivíduos emitem quando expostos a fatores do trabalho que excedem sua habilidade de enfrentamento; 3 – estímulos estressores-respostas: estresse ocupacional refere-se ao processo geral em que demandas do trabalho têm impacto nos empregados.

De acordo com citado por PASCHOAL e TAMAYO (2004) faz crítica sobre o estresse ocupacional, no qual o autor diz que consiste num fenômeno tão complexo que não deveria ser tratado como uma variável, mas como uma área independente de estudo e de prática que se preocupa com as diversas variáveis interligadas, tais como: estímulos do ambiente de trabalho e respostas não saudáveis de pessoas expostas a eles. Sendo assim, o estresse ocupacional define-se como um processo estressores-respostas, no qual o indivíduo percebe as demandas do trabalho como estressores, os quais, provocam reações negativas, caso elas ameacem as habilidades de enfrentamento.

OS IMPACTOS DO ESTRESSE NA SAÚDE DO TRABALHADOR

Os estudos da Psicopatologia do Trabalho se iniciaram a partir do início dos anos 80, no qual se iniciou a ter preocupação em fundamentar a clínica do sofrimento no ambiente de trabalho, ou seja, na relação psíquica com o trabalho.

Nesse sentido, (CODO Et al., 1993), salienta que a clínica psicológica, pode ultrapassar seus conceitos filosóficos, econômicos e sociológicos, sendo definido como uma psicopatologia, tendo as pressões do trabalho como a etiologia causal dessa psicopatologia, ocasionando o desequilíbrio psíquico e na saúde mental como um todo (DEJOURS, 1994).

Dejours (1998) "afirma que as relações de trabalho, dentro das organizações, frequentemente, despojam o trabalhador de sua subjetividade, excluindo o sujeito e fazendo do homem uma vítima de seu trabalho" (apud Rodrigues, Alvaro e Rondina, 2006). Essa situação se deu com maior frequência após a década de 1960, no qual houveram aceleração desigual das forças produtivas, das ciências, das técnicas e das máquinas. Com esses fatores, alinhados às novas condições laborais que, sobretudo, podem ser entendidas por meio do ambiente físico (luminosidade, temperatura e barulho); no ambiente químico (poeiras, vapores, gases e fumaças); no ambiente biológico (presença de vírus, bactérias, fungos e parasitas); como também pelas condições de higiene e de segurança, sendo estas que facilitaram o aparecimento de sofrimentos insuspeitos na vida dos operários.

Estas condições de trabalho em que as pessoas estão expostas diariamente, bem como no modo de se viver, são fatores determinantes na saúde do trabalhador. O estresse relacionado ao trabalho aumenta o risco de doenças físicas, biológicas e mentais, ou seja, o estresse relacionado ao ambiente laboral é um determinante importante de transtornos depressivos. Segundo WORLD HEALTH ORGANIZATION (apud CISLAGHI et al. 2015) esses transtornos são a quarta causa mais importante do ônus global de doenças. Com isso, a recomendação da *European Commission* (2000) em suas diretivas de Referencial da UE (*European Commission)* alerta que empregadores têm o dever de assegurar a segurança e a saúde dos trabalhadores em cada aspecto relacionado ao trabalho.

Segundo Almeida e Mejia (2014), afirma que equívocos podem conduzir a graves decorrências tanto para a produtividade quanto para a vida. Por

exemplo: dissociar qualidade, segurança e promoção de saúde, a qual, provoca fraturas em um conjunto profundamente integrado de componentes referentes aos seres humanos em situação de trabalho. E frente a essas demandas, existem as consequências destas, tais como: os altos níveis de stress crônico que são percebidas pelas licenças médicas e absenteísmo; queda de produtividade; desmotivação; irritação; impaciência; dificuldades interpessoais; relações afetivas conturbadas; divórcios; doenças físicas variadas; depressão; ansiedade e infelicidade na esfera pessoal.

Todavia, há diferenças entre o estresse positivo e o negativo, conforme Johnson et al. (2009) o EUSTRESS – o estresse de natureza positiva, a pessoa tenciona-se, atingindo um nível ideal de esforço e é realimentada pelos resultados, parece motivar e inspirar, ajudando o indivíduo a tomar decisões rápidas; e DISTRESS – o estresse agudo (muito intenso) e que adoece, que está relacionado à sobrecarga, no qual ocorre a ativação crônica e repetida do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal, no qual a constante elevação dos hormônios origina alterações patológicas.

Sendo assim, o ser humano apresenta os referidos estresses causando impactos no cotidiano da vida humana. Entretanto, quando esse estresse é exacerbado nas relações sociais e organizacionais, causam grandes impactos biológicos, psicológicos e sociais no sujeito.

Diante de tais fatores, consideremos a importância do psicólogo dentro da empresa, devendo ter habilidade para compreender as inter-relações existentes, deve-se principalmente ter seu papel bem definido no contexto organizacional, o qual propõe intervenções consistentes e conscientes de seus efeitos e consequências (ZANELLI, 1995). Conforme Orlandini (2008):

> Em suma, o papel do psicólogo dentro das organizações é atuar como facilitador e conscientizador do papel dos vários grupos que compõem a instituição, considerando a saúde e a subjetividade dos indivíduos, a dinâmica da empresa e a sua inserção no contexto mais amplo da

> organização. As atividades exercidas dentro desse papel, que são fundamentadas em técnicas e instrumentos da Psicologia e relacionadas à díade homem & trabalho, podem trazer desenvolvimento para a empresa, o trabalhador e a sociedade.

Segundo Gondin & Silva (2004) nos ressalta, “quando a organização valoriza seus funcionários, sua tendência é adotar políticas que estimulem o seu crescimento pessoal mais do que aquelas que direcionam ações para conformidade aos padrões e normas estabelecidas”. Sendo assim, analisar em como o colaborador é tratado dentro do ambiente organizacional, como são estruturados os processos de atividades para os trabalhadores e qual tipo de relacionamento da empresa com o ambiente externo é de fundamental importância, para de fato saber a realidade dentro da empresa, e assim perceber como esse colaborador é valorizado.

Nesse contexto deve-se trabalhar as formas de prevenções desse estresse dentro do ambiente laboral, todavia deve ser um trabalho em conjunto o qual, haja o envolvimento do psicólogo na mediação de conflitos, a empresa e o colaborador. Diante dos estudos de Wolever (apud Vieira e Witter, 2011) nos colocam ações importantes a serem feitas, sendo:

> [...] verificar a relação de Burnout com a depressão ocupacional, observaram que a atividade física faz com que o trabalhador se esqueça de situações estressantes, recuperando recursos necessários para repor a energia para o enfrentamento, além de melhorar a autoestima, o bem-estar e o sono sendo uma intervenção eficaz para estressores e até mesmo para prevenir o desenvolvimento da Síndrome de Burnout e da Depressão, trazendo benefícios biológicos e comportamentais ao indivíduo.

Desta forma, o que se pode pensar é o que fazer diante de situações de estresse para melhorar a qualidade de vida do colaborador, devendo ter estratégias tanto para nível coletivo, quanto individual, envolver uma ação a qual, possa integrar uma equipe multiprofissional e trabalhar os sintomas físicos e psicológicos do sujeito e quais fatores são contribuintes causados pelo estresse. Ao pensar em trabalho no nível coletivo pode-se pensar em atividades envolvendo o contexto organizacional, por exemplo, oferecer melhores condições de trabalho a seus funcionários e que possa interferir de maneira positiva, entre trabalho e sujeito. Ressaltando, a medida em que é alterado o ambiente, altera-se o indivíduo ou vice-versa, dessa forma, melhorando na qualidade de vida (ZANELATO e CALAIS, 2010).

CONCLUSÃO

Dentre os fatores estressores, há diversas alterações desencadeadas no indivíduo dentro das organizações. Condições essas que alteram o custo de realização da tarefa, para o corpo, sendo inferior ao trabalho realizado sob condições demandantes e pouco estimulantes. Constatou-se que o estresse pode interferir em diversos segmentos que o ser humano está inserido. O estresse está incluído em nosso cotidiano, podendo acarretar grandes impactos na vida do indivíduo e no ambiente de trabalho, reduzindo significativamente o desempenho pessoal e profissional do colaborador dentro da organização, como já mencionado anteriormente.

Assim, cabe ao sujeito desenvolver habilidades que venha possibilitar diferir as informações e atentar-se a real significância e as informações captadas, que o mesmo pode oferecer, as empresas também podem ajudar a redução dos efeitos malignos causados pelo estresse, podendo adotar programas que leve e incentive o funcionário a prática de exercícios, criação de um espaço de lazer e recreação o qual os funcionários possam ter momento de descontração, saindo por alguns instantes do clima sério e fechado das organizações, tornando-as

mais saudáveis. O estudo permitiu verificar aspectos, qualidade e quantidade de produção científica sobre o tema de Estresse, porém, ainda precisa de mais estudos e pesquisas, houve dificuldade para colheita de materiais relacionados enquanto a prática do psicólogo na organização.

Nota-se a importância de se discutir e de fazer ciência nos ambientes laborais da classe, sobretudo à prática que envolve o saber da psicologia na atuação das organizações é de extrema importância para estudos e possíveis saídas que amenizem os sintomas psicofisiológicos de funcionários que perpassam por demandas diversas no contexto de trabalho.

PALAVRAS CHAVES: Estresse, Saúde do Trabalhador, Saúde Mental, Psicologia Organizacional.

REFERENCIAS

ALMEIDA, D. O., MEJIA D. P. M., A Intervenção do Fisioterapeuta no Retorno do Trabalhador Após Um Acidente de Trabalho. 2014, Disponível em: http://portalbiocursos.com.br/ohs/data/docs/47/03__A_intervenYYo_do_fisioterapeuta_no_retorno_do_trabalhador_apYs_um_acidente_de_trabalho.pdf

BRUNNER & SUDDARTH, Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica, Suzanne C. Smeltzer, Brenda G. Bare, Janice L. Hinkle, Kerry H. Cheever. ed. 12ª, volume1- Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2011.

Campos, D. (2008). Atuando em Psicologia do trabalho. Psicologia organizacional e recursos humanos. São Paulo: LCT.

CODO, W. et al. Indivíduo, trabalho e sofrimento: uma abordagem interdisciplinar. Petrópolis, RJ: Vozes, 1993.DEJOURS, C. Psicodinâmica do trabalho: contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento trabalho. São Paulo: Atlas, 1994.

_____. A loucura do trabalho: estudo de Psicopatologia do Trabalho. São Paulo: Cortez, 1998.

FRANÇA, A. C. L. Práticas de Recursos Humanos – PRH: conceitos, ferramentas e procedimentos. 1.ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GARCIA, J. M., Valdehita, S. R., & Jover, J. L. (2003). *Que es la* psicología del trabajo. Madrid: Biblioteca Nueva.

GHIRALDELLI J, P. (2000). As teorias educacionais na modernidade e no mundo contemporâneo: humanismo e sociedade do trabalho. In P. Ghiraldelli Jr. *Didáticas e teorias educacionais.* São Paulo: DP&A.

JEX, S. M. (1998). *Stress and job performance*. Londres: Sage. Citado em: PACHOAL T., TAMAYO A., Validação da Escala de Estresse no Trabalho. Estudos de Psicologia 2004, 9(1), 45-52.

JOHNSON, S., Cooper, C. L., Cartwright, S., Donald, I., Taylor, P., & Millet C. (2009). A vivência do stress relacionado ao trabalho em diferentes ocupações. Em A. M. Rossi, C.

ORLANDINI, C. C. R. (2008). A importância da psicologia organizacional e do trabalho. Recuperado em 07 setembro 2009, da Coluna de Psicologia Virtual online: http://www.psicologiavirtual.com.br/psicologia/principal/ noticia_view.asp?id=25281 Acesso em: 25/05/2018

PASCOALINI, B. et al. Efeitos cognitivos e emocionais do estresse ocupacional em profissionais de enfermagem. São Paulo, p. 487-492. 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ape/v21n3/pt_17.pdf Acesso em: 06 de abril 2018.

PASCHOAL, T., TAMAYO. A., Validação da Escala de Estresse no Trabalho. Estudos de Psicologia, 2004, 9(1), 45-52.

CISLAGHI, J., CISLAGHI, T. P., TONI, M., Estudo do Stresse no Ambiente de Trabalho de Uma Empresa do Ramo de Reciclagem. Revista Contabilidade, Ciência da Gestão e Finanças, v. 3, n.1, p. 4-20, 2015.

RODRIGUES, P. F., ALVARO, A. L., RONDINA, R., Sofrimento no Trabalho na Visão de Dejours. Revista Científica Eletrônica de Psicologia – ISSN: 1806-0625, Ano IV – Número 7 – Novembro de 2006 – Periódicos Semestral.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. World health report 2001. Geneva, 2001b.Citado em CISLAGHI J., CISLAGHI T. P., TONI M., Estudo do Stress no Ambiente de Trabalho de uma Empresa do Ramo de Reciclagem, Revista

Contabilidade, Ciência da Gestão e Finanças. V. 3, N. 1, 2015. ISSN 2317-5001.

ZANELLI, José Carlos. Formação e atuação do psicólogo organizacional: uma revisão da literatura. *Temas psicol.*[online]. 1995, vol.3, n.1, pp. 95-107. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.phpscript=sci_arttext&pid=S1413389X1995000100009&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 1413-389X. Acesso em: 26/05/2018.

ZANELATO, L. S.; CALAIS, L. S. Manejo de estresse e outros fatores em diferentes populações adultas. Temas psicol. [online]. 2010. Disponível em: http://books.scielo.org/id/sb6rs/pdf/valle-9788579831195-12.pdf. Acesso em: 26/05/2018.

III CONGRESSO DE PSICOLOGIA: as diversas faces do cuidar.
De 26 a 28 de abril de 2018. Belém – PA/
HANGAR – Centro de Convenções da Amazônia
Volume 03 – ISSN: 2526-527X
CADERNO DE TRABALHOS COMPLETOS
http://revistas.unama.br/index.php/anaispsicologia/index

ADOLESCENTES EM CONFLITO COM A LEI CUMPRINDO MEDIDA SOCIOEDUCATIVA DE LIBERDADE ASSISTIDA: A PERSPECTIVA DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR

PINHEIRO, Alexia Lima
FONSECA, Carla Carolina Santos da
SANTOS, Jade Fontelles de Lima
JÚNIOR, Reinaldo do Espirito Santo Trindade
RAMOS, Stefanie Beatriz da Silva
MAGNO, Lobo, Sued

INTRODUÇÃO

A presente pesquisa tem por objetivo propor um estudo das percepções das profissionais envolvidas (psicóloga e pedagoga) sobre as causas motivadoras para o ato infracional e dos índices de reincidência, bem como investigar os fatores que contribuem para que determinada classe social tenha mais jovens entrando em atividades ilegais e continuando nelas.

O ECA (Estatuto da Criança e do Adolescente) apresenta um conjunto de medidas que são aplicadas mediante a autoria de um ato infracional. Para crianças, cabe ao Conselho Tutelar as providências e encaminhamentos, aplicando as medidas de proteção. Para adolescentes, que serão o destaque dessa pesquisa, após ser efetuado encaminhamento ao Ministério Público, a quem compete conceder remissão ou representar para a instauração de processo judicial, será aplicada a medida sócio - educativa mais adequada, pelo Juiz da Infância e da Juventude (MARTINS, 2000).

Tal trabalho tem por foco estudar a medida socioeducativa de Liberdade Assistida em um Centro de Referência Especializado em Assistência Social (CREAS). O CREAS é uma unidade pública da política de Assistência Social onde são atendidas famílias e pessoas que estão em situação de risco social ou tiveram seus direitos violados.

A unidade deve, obrigatoriamente, ofertar o Serviço de Proteção e Atendimento Especializado à Famílias e Indivíduos (PAEFI), podendo ofertar outros serviços, como Abordagem Social e Serviço para Pessoas com Deficiência, Idosas e suas famílias. É unidade de oferta ainda do serviço de Medidas Socioeducativas em Meio Aberto. Sendo papel do CREAS também oferecer um ambiente de acolhimento e a promoção de superação de situações que colocam em risco a vida de adolescentes e menores em conflito com a lei e suas famílias (FARIA apud SILVA, 2017).

OBJETIVOS

Identificar e analisar as percepções da Equipe Multidisciplinar sobre os adolescentes em conflito com a lei inseridos no CREAS, cumprindo medida socioeducativa de Liberdade Assistida, bem como das práticas socioeducativas desenvolvidas na instituição.

METODOLOGIA

Para nosso objeto de estudo foram selecionados duas profissionais, uma Psicóloga e uma Pedagoga que trabalharam em uma Equipe Multidisciplinar em um Centro Especializado de Assistência Social (CREAS) e que lidaram diretamente com adolescentes em conflito com a lei.

O método utilizado foi um estudo exploratório, cujo foi feito um levantamento de dados através de informações obtidas em uma entrevista semiestruturada. Um estudo qualitativo, com métodos analíticos, utilizando de uma coleta de materiais empíricos a fim de buscar a compreensão e a interpretação dos aspectos subjetivos (GIL, 2008).

DISCUSSÃO E ANÁLISE DOS DADOS

A Liberdade Assistida é uma medida socioeducativa na qual é cumprida em meio aberto, isto é, sem que o jovem tenha sua liberdade privada. De acordo com a lei nº 8.069/90 do ECA (Estatuto da Criança e do Adolescente), essa

medida é aplicável aos adolescentes autores de atos infracionais. Trata-se de uma ação judicialmente imposta, de cumprimento obrigatório.

O determinado processo não tem como objetivo somente evitar que o adolescente venha novamente a praticar ato infracional, mas, ajudar o jovem na construção de um projeto de vida, respeitando os limites e as regras de convivência social, buscando sempre reforçar os laços familiares e comunitários. Para melhor compreensão:

> O Ato infracional é o ato condenável, de desrespeito às leis, à ordem pública, aos direitos dos cidadãos ou ao patrimônio, cometido por crianças ou adolescentes. Só há ato infracional se àquela conduta corresponder a uma hipótese legal que determine sanções ao seu autor. No caso de ato infracional cometido por criança (até 12 anos), aplicam-se as medidas de proteção. Nesse caso, o órgão responsável pelo atendimento é o Conselho Tutelar. Já o ato infracional cometido por adolescente deve ser apurado pela Delegacia da Criança e do Adolescente a quem cabe encaminhar o caso ao Promotor de Justiça que poderá aplicar uma das medidas sócioeducativas previstas no Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei 8.069/90).

O atendimento de adolescentes oferecido pelo CREAS deve tornar o ambiente agradável para o jovem em questão, para deixá-los livres de qualquer desconforto ou constrangimento, e também para criar um espaço para o qual eles se sintam à vontade para voltar, no caso da necessidade de um tratamento prolongado. Por se tratar, em sua maioria, de pessoas que foram vítimas - podendo, a partir disso, tornar-se infratores - de diversas violências, preconceitos, negligência do estado e da família, é natural que apresentem alguma resistência ao tratamento, e faz parte da função do CREAS saber lidar com esse tipo de situação. É imprescindível, por tanto, que esses jovens

recebam um tratamento especializado, com instalações físicas apropriadas, em lugar separado do espaço feito para outras demandas (DIGIÁCOMO, 2011).

O atendimento/intervenção psicossociais na medida socioeducativa, tal como preconizado na Lei Orgânica da Assistência Social (BRASIL, 1993) deve ser realizados por profissionais que respeitem preceitos fundamentais dos direitos Humanos, tais como a dignidade humana; o respeito a valorização da diversidade; o entendimento do adolescente como em fase peculiar de desenvolvimento e da subjetividade humana como construída na relação dialética do indivíduo com seu contexto histórico, social e pessoal.

Tais premissas contribuem para uma concepção de criminalidade não pautada em interpretações intrapsicológicas, ou seja, de perceber um crime como consequência única da natureza do criminoso e, sim na compreensão do crime como efeito de complexas de relações sociais.

É nesta compreensão da necessidade de formação profissional crítica dos trabalhadores sociais e da importância de se ter políticas públicas bem direcionadas para o atendimento desta parcela da população que nos propusemos como discentes de psicologia a lançar um olhar pesquisador sobre como atualmente alguns destes profissionais percebem as temáticas suscitadas a cima que nos perguntamos: na percepção dos profissionais, o que leva os adolescentes em conflito com a lei a reincidirem no ato infracional, quais as deficiências nas instituições que eles são assistidos e qual a relação disso com o meio social em que vivem? As respostas e análises realizadas se encontram a seguir.

Tabela 1: Atuação dos profissionais no atendimento dos adolescentes no CREAS

Resposta das entrevistadas
PSI: *"São trabalhadas questões das violações/as violências que aquela pessoa sofreu (...) a pessoa entra, em uma determinada situação de violência e aí é agendado o atendimento psicológico, e você vai fazer uma escuta qualificada. A partir daquela escuta você faz todo um planejamento, mas é*

focal. Claro que vão surgir situações que a pessoa vai falar da infância, vai falar do relacionamento com a família, mas o que você vai trabalhar, se ocorreu a violência com ela, uma violência sexual com uma criança de dez anos, tu vais trabalhar os traumas que aquela violência significou para aquela criança. Você vai trabalhar ali, entendeu? E como a família vai agir com essa criança a partir daquele momento. Então, em relação aos atendimentos que o psicólogo faz são esses tipos de atendimento. Tem que ter uma base de que ele (psicólogo) não trabalha sozinho. Ele trabalha com uma equipe e tudo que o psicólogo faz, ele faz de comum acordo com a equipe, o planejamento que ele faz com aquela família é com a equipe multiprofissional. ”

PED: *“A atividade pedagógica é mais para planejar e coordenar as ações (...) então o papel do pedagogo é esse, a minha função era de coordenar essa parte das atividades culturais, recreativas, e também de avaliar a parte educacional, se eles estavam na escola, se estavam frequentando, como estavam as notas. Periodicamente eu fazia inspeções nas escolas (...) eu tinha que ter esses subsídios para, no final, registrar em relatório, por que a gente sempre fazia um relatório final que mandava para o juiz. (...) então na parte pedagógica tinha toda essa parte das interações deles no grupo, das interações nas atividades culturais, e também eu orientava individualmente quando necessário.*

Diante das respostas das duas profissionais entrevistadas, percebeu-se que o trabalho do Psicólogo e do Pedagogo são diferentes dentro da equipe multidisciplinar, cada um tem suas funções e é por isso a importância dessa equipe completa de múltiplos profissionais. Porém, não significa que um profissional seja mais importante do que o outro, pelo contrário, o papel que cada um desempenha, não só desses dois (Psicólogo e Pedagogo), mas de toda os outros profissionais dessa equipe, ajuda no processo de reabilitação desses jovens. Em uma pesquisa realizada no CREAS de Araranguá/SC (ABATTI,

2015), uma das entrevistadas pontuou algo semelhante ao que a psicóloga entrevistada na presente pesquisa relatou:

> "É realizada uma escuta qualificada, levantamento das principais necessidades dos usuários, planejamento do processo de intervenção, sempre considerando a necessidade de habilidades interpessoais específicas, a empatia, o respeito e cuidado diante das dificuldades do outro".

Percebe-se, nessa fala, a importância do trabalho realizado por esse profissional, a importância do acolhimento e suporte que esses adolescentes recebem no CRAS. Lourenço (2015) concluiu que as atividades, palestras, eventos e oficinas desenvolvidas pela equipe multidisciplinar devem produzir reflexões, mas não basta apenas refletir, deve agir para que a realidade vivenciada seja transformada, modificada. Como foi relatado pela pedagoga entrevistada.

Tabela 2: A importância dos profissionais no atendimento dos adolescentes no CREAS

Resposta das entrevistadas

PSI: "A*prendi a compreender o ser humano e a se colocar no lugar dele, porque vocês vão se deparar com pessoas, mesmo da Psicologia, que não conseguem se colocar no lugar do outro. Eu escutei muito quando alguns profissionais iam atender adolescentes e se recusavam em atender, porque tinham medo, não sabem da história dele por trás e o que eu percebo na medida socioeducativa é que existe muito esse estigma em relação aos adolescentes"*

PED: *"A educação é a base de tudo, então esse jovem tem que ter essa orientação educacional, tem que ter essa supervisão, porque para ele ter um futuro promissor, um futuro melhor, ele tem que ter essa base que é a educação. Ele tem que estar inserido na escola, tem que estar estudando, e pra isso ele tem que ter alguém que o oriente a estudar, a se profissionalizar, então o pedagogo está ali dentro do CREAS pra fazer essa parte, e é de suma importância que seja realizada essa orientação".*

Quando foi perguntado para a psicóloga a importância de sua atuação no CREAS, ela descreveu a experiência que foi para ela atuar com os adolescentes e não, de uma maneira geral, a importância do psicólogo nessa área. A pedagoga explicou, assim como Lourenço (2015), que a função desse profissional é proporcionar aprendizagem aos sujeitos. Essa mesma autora ainda ressalta que a Pedagogia tem o privilégio de dialogar e humanizar no sentido de transformar realidades, algo que a psicóloga coloca quando diz que se deve colocar-se no lugar outro.

Tabela 3: Os principais motivos que levam a criança ou adolescente a cometer um ato infracional

Resposta das entrevistadas

PSI: *"São tantos, tem muito a ver com a questão da subjetividade, tem muito a ver com a questão social, tem muito a ver com a questão familiar; o que a gente observava nos atendimentos com os adolescentes lá em Marituba, muitas questões de drogas (...) e as famílias, eu não posso dizer que são todas famílias carentes porque tinham famílias de classe média baixa e classe média, com filhos que foram cumprir medidas socioeducativas (...) a falta de orientação familiar também tem um pouco de, não vou dizer de culpa, mas contribui um pouco, questões da educação, a escola me parece que precisa se fazer toda uma reformulação do conteúdo escolar, do planejamento escolar (...) a questão de gangue, a questão da autoafirmação, a questão da família quando não orienta, quando não conversa, quando não diz o que é certo e o que é errado. Então tudo isso contribui (...) a gente não pode dar só um culpado, questões de políticas públicas, esporte, cultura e lazer (...) então todas essas questões podem contribuir sim para que o adolescente vá cometer atos infracionais, não existe só uma ou só duas".*

PED: *"A vulnerabilidade social. Eu acho que, o que mais a gente via lá, eram essas famílias de baixa renda, pobre mesmo (...) vulnerabilidade social, a pobreza, miséria, a falta de recursos, falta de orientação dos pais (...) as más companhias. Então, na minha opinião, é isso, falta de orientação e a vulnerabilidade social".*

Ao discutir os possíveis motivadores para uma criança ou adolescente vir a cometer um ato infracional, é preciso levar em consideração fatores sociais, culturais e biológicos. Portanto, julga-se um indivíduo que viola as normas sociais, como sendo uma pessoa exposta à várias situações de riscos pessoais, familiares, sociais, escolares, entre outros (GALLO; WILLIAMS, 2005). Dentre esses fatores contribuintes para que jovens cometam atos infracionais, precisam ser destacados: a pobreza; as condições de precariedade; a falta de acesso à

educação, esporte e lazer, pois essas condições deixam esses indivíduos a margem da violência urbana. Esses fatores foram citados pelas duas profissionais na entrevista.

As drogas também contribuem para que esses indivíduos venham a apresentar comportamentos inadequados, algumas podem até mesmo aumentar a agressividade. Estas também foram pontuadas pela psicóloga e pela pedagoga, além de acrescentarem ainda a falta de orientação familiar como um fator que influenciam essas crianças e adolescentes a cometerem um ato infracional. De acordo com Silva e Rossetti-Ferreira (1999), compreender as motivações que levam os jovens para a criminalidade violenta parece ser um dos desafios mais urgentes para a superação da situação na qual eles se encontram.

Tabela 4: A medida socioeducativa de liberdade assistida e os profissionais que trabalham na equipe atendendo os adolescentes

Resposta das entrevistadas
PSI: *"A partir desse primeiro momento, se reúne com a equipe multiprofissional e se vê qual encaminhamento precisa ser feito. Escola, se ele não está inserido na escola, por que ele parou? A pedagoga entra. Vamos agilizar a escola! Aí a assistente social entra. Vamos agilizar os documentos."* PED: *"Era mais orientação mesmo, orientação pedagógica, em individual ou em grupo, as palestras e a visita nas escolas que cabia mais a mim, porque o resto era sempre em grupo junto a outros profissionais."*

A medida socioeducativa de liberdade assistida coloca condições ao cotidiano do adolescente, com a intenção de que haja mudanças nas atitudes e valores do mesmo, visando uma reconfiguração positiva no relacionamento deste com a família, com as leis e, de maneira geral, com a sociedade

(MARTINS, 2000). Para que isso se dê, é necessária a existência de uma equipe multidisciplinar com psicólogos, pedagogos, e assistentes sociais. O trabalho social com esses jovens tem como principal foco, fatores que dizem respeito ao contexto sócio histórico do adolescente e da família, e com base no que for apresentado, é traçado o plano de intervenção.

O psicólogo realiza trabalhos individuais com cada adolescente, mas sempre trabalhando em conjunto com a equipe. O atendimento se dá de forma singular para que possam ser acolhidas as vivências e demandas específicas de cada indivíduo (FRANCHINI; PONTEL, 2015). É importante a parceria com os outros profissionais para que se crie um ambiente confortável e confiável para o adolescente, além de que se tenha informações sobre o estado das outras áreas da vida do paciente, como a escola, por exemplo.

Tabela 5: Atividades que os profissionais desenvolvem com os adolescentes e as dificuldades para a realização das tarefas

Resposta das entrevistadas

PSI: *"nós organizávamos oficinas e às vezes não dava para fazer no CREAS (...) então eles eram direcionados até os CRAS para fazer as oficinas, às vezes participar de uma sessão de cinema, entre outras atividades externas. Então essas eram as atividades que eram realizadas com eles: Grupalizações, atendimentos individuais ou multiprofissionais, oficinas e, no caso, atividades extras (...) O certo era ter a medida exclusiva, chega no CREAS e o adolescente teria a equipe exclusiva, mas não era o que acontecia. Além de atender medidas sócio educativas, eu atendia os outros serviços e teve uma época, no caso, foi em 2016, que eu fiquei o ano todo sozinha atendendo no município de Marituba, e todas as situações de violação de direitos e era muito relatório para fazer porque, como você não trabalha só, o CREAS não funciona só. Ele funciona como uma rede de proteção integral"*

PED: *"Bom, atividades assim era mais orientação mesmo, orientação pedagógica, individual ou em grupo, as palestras e a visita nas escolas que cabia mais a mim porque o resto era sempre em grupo junto a outros profissionais (...) Agora, em questão de visita, escola, transporte tinham dificuldades sim. Era um pouco dificultoso essa parte da visita porque tinha que agendar, tem um carro lá que presta serviço para a gente, mas não é exclusivo do CREAS, mas eram dificuldades externas ao invés de dificuldades em relação aos adolescentes, com eles era bem tranquilo".*

Notou-se nas entrevistas que as atividades de grupalizações realizadas com os adolescentes, costumavam ser efetuadas com a participação dos múltiplos profissionais, com exceção das atividades escolares, que ficavam a cargo da pedagoga. Percebeu-se também que suas dificuldades principais não estão relacionadas com a convivência com esses adolescentes, mas sim, com a carência estrutural da instituição.

Os atendimentos individuais, apesar de abordarem aspectos relevantes, acabam por secundarizar aspectos como socialização e discussão de temáticas

que importam na adolescência, por isso, Schmitt; Nascimento; Schweitzer (2016) frisam a importância da realização de atividades grupais no CREAS e citam também que esse é um desafio enfrentado na prática profissional. Percebeu-se isso na entrevista, quando as profissionais explicaram as dificuldades de realizações dessas atividades devido à falta de espaço e dificuldade no transporte desses adolescentes para um espaço maior.

Amorim et al (2014) notam em sua pesquisa, a partir de oficinas realizadas, -tanto com os adolescentes quanto os familiares- que existe uma reflexão dos mesmos sobre o processo socioeducativo, e também, percebem uma nova concepção da garantia de direitos e uma possibilidade de novos rumos. Essas concepções são de suma importância para a ressocialização desses adolescentes.

Tabela 6: O nível de reincidência dos adolescentes

Resposta das entrevistadas
PSI: *"eu não tenho como dizer que o adolescente quando termina a medida e a cumpre irá cometer o crime novamente, porque o interesse dele é terminar, então ele não vai chegar e dizer "Olha, eu terminei aqui, mas eu vou cometer de novo". O CREAS tenta fazer o seu trabalho. (...) esse adolescente tinha que terminar porque ele tinha um compromisso. E quando ele não termina, isso já me diz algo: que ele não está amadurecido."* PED: *"Dá bem resultado sim esse trabalho lá no CREAS. No final do ano a gente fez a festa de encerramento, festa do Natal, a gente até convidou os ex adolescentes da medida que participaram anos anteriores, para dar seu depoimento a respeito do trabalho que foi feito lá com eles, e foram bastantes que compareceram, e falaram também (...) houve muita mudança nos adolescentes lá. A gente percebe que uns estão interessados"*

Perante às entrevistas feitas com as profissionais que trabalharam com os adolescentes em medidas socioeducativas, podemos concluir que não há uma porcentagem exata do nível de reincidência. Fator social, questões financeiras e diversos outros assuntos como até mesmo falta de interesse em seguir um caminho com regras e leis por não acreditarem em si mesmo podem fazer a pessoa voltar a cometer atos infracionais.

> Esses adolescentes e jovens não só não se veem como detentores de direitos, como não se acreditam capazes de reverter por si próprio, com suas próprias forças e recursos, trajetórias historicamente traçadas para suas vidas (VENANCIO, 2011).

Entretanto, os trabalhos e atividades que são realizados no CREAS são de suma importância, fazendo com que aquele jovem se sinta acolhido pela equipe multidisciplinar e que qualquer chance de reincidência seja mínima tendo uma reintegração social.

Tabela 7: Dificuldades encontradas no atendimento dos adolescentes

Resposta das entrevistadas
PSI: *"(...) a gente encontra muita dificuldade quando a família não aceita que aquele adolescente esteja cumprindo ou quando a família é negligente mesmo e não está interessada nesse adolescente".*
PED: *"A dificuldade no atendimento, acho que nenhuma. Os adolescentes, uns eram meio fechados, um pouco tímido, não falavam muito. Outros já conversavam até demais com a gente. Mas de dificuldade não tem muita coisa o que falar, não".*

De acordo com as entrevistas, nota-se que dentre as maiores dificuldades que os profissionais do CREAS encontram, estas estão relacionadas ao fator

externo, como exemplo a família que muitas vezes acaba por desmotivar esse menor ou agir de forma negligente devido não acreditar em uma mudança efetiva de comportamento durante a estadia nos programas socioeducativos. O que muitas vezes pode interferir no resultado final desse trabalho.

Segundo Volpi (2001) esses adolescentes sentem uma maior dificuldade em formar um juízo preciso e uniforme devido estarem inseridos nesse contexto social, onde a justiça é feita de forma incoerente e desigual, em uma fase da vida marcada pela autoafirmação e onde ainda estão a formar opiniões e a ter novas perspectivas em relação ao futuro. Outra dificuldade encontrada, segundo as entrevistadas, diz respeito à falta de recursos que o CREAS possui, onde muitas vezes a equipe multidisciplinar sente a necessidade de retirar dinheiro do próprio bolso com a finalidade de manter esse programa social e assim entregar um atendimento de qualidade a esse menor.

CONCLUSÃO

Embora a pobreza seja um forte estressor para o desenvolvimento humano, isoladamente, não leva a ocorrência de comportamentos infratores, mas sim um conjunto de fatores. Condições socioculturais se associam com condições pessoais como por exemplo: viver em condições de pobreza; em comunidades sem acesso a esporte, cultura e lazer; escolas ruins e sem perspectiva futura de trabalho, podem associar-se ao envolvimento com colegas agressivos, que poderão levar à prática infracional (GALLO; WILLIAMS, 2005). A falta de investimento nos serviços públicos, problemas políticos, instabilidade dos governos, favorecem ainda mais as péssimas condições de vida desses jovens de classe baixa. Isso suscita inúmeros problemas sociais, como dificuldade de inserção nas escolas e altas taxas de desemprego, porém, não só a pobreza faz com que o jovem venha a cometer atos infracionais, mas também o consumo de drogas e família problemática.

Ao cometer atos infracionais, os adolescentes terão que cumprir medidas socioeducativas, na qual, tem como objetivo evitar que o adolescente venha novamente a pratica-los, ajudando também o jovem na construção de um projeto

de vida, respeitando os limites e as regras de convivência social, buscando sempre reforçar os laços familiares e comunitários. O atendimento de adolescentes oferecido pelo CREAS deve tornar o ambiente agradável para o jovem em questão, para deixá-los livres de qualquer desconforto ou constrangimento, e também para criar um espaço para o qual eles se sintam à vontade para voltar, no caso da necessidade de um tratamento prolongado. Por se tratar, em sua maioria, de pessoas que foram vítimas - podendo, a partir disso, tornar-se infratores - de diversas violências, preconceitos, negligência do estado e da família, é natural que apresentem alguma resistência ao tratamento, e faz parte da função do CREAS saber lidar com esse tipo de situação. É imprescindível, por tanto, que esses jovens recebam um tratamento especializado, com instalações físicas apropriadas, em lugar separado do espaço feito para outras demandas (DIGIÁCOMO, 2011).

No CREAS, o trabalho com o adolescente é realizado por uma equipe multidisciplinar, composta por 1 coordenador, 1 assistente social, 1 psicólogo, 1 advogado, 2 profissionais de nível superior ou médio (abordagem dos usuários) e 1 auxiliar administrativo. Essa equipe irá trabalhar em conjunto para que haja sucesso na realização do trabalho com os usuários do serviço. Diante isso, a pesquisa realizada com duas profissionais, uma psicóloga e uma pedagoga que trabalharam juntas na mesma equipe no CREAS de Marituba, foi possível perceber a importância de cada profissional que atende os adolescentes que chegam nesse Centro, pois cada profissional pode estar fazendo o trabalho voltado para esses sujeitos dentro de sua área de conhecimento.

Portanto, não há como dizer apenas um fator que leva os jovens a cometer atos infracionais, mas podemos levar em consideração condições sociais e pessoais no qual esses adolescentes se encontram. Compreender os motivadores para tais atos facilita no processo de recuperação e inserção desses indivíduos na sociedade, e o trabalho que é feito em torno disso precisa ser realizado por uma equipe de profissionais completa e que possa trabalhar em conjunto com a família e também com a comunidade.

REFERÊNCIAS

BRASIL, Lei nº 8.742. Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS). Brasília: DF, 7 de dezembro de 1993.

GALLO, A. E.; WILLIAMS, L. C. Adolescentes em conflito com a lei: Uma revisão dos fatores de risco para a conduta infracional. Pepsic, 2005.

GIL, A.C. Métodos e técnicas de pesquisa social. Editora Atlas S.A, 2008.

LOURENÇO, V.T. A atuação do pedagogo no contexto do Centro de Referência de Assistência Social de Sinop – MT. Revista Eventos Pedagógicos, 2015.

III CONGRESSO DE PSICOLOGIA: as diversas faces do cuidar.
De 26 a 28 de abril de 2018. Belém – PA/
HANGAR – Centro de Convenções da Amazônia
Volume 03 – ISSN: 2526-527X
CADERNO DE TRABALHOS COMPLETOS
http://revistas.unama.br/index.php/anaispsicologia/index

PLANTÃO PSICOLÓGICO NAS RUAS: RELATO DE EXPERIÊNCIA DE ESTAGIÁRIOS DO PROJETO DE EXTENSÃO PSICOLOGIA NAS RUAS

CARVALHO, Yasmin Nazaré França de Santana
LIMA, Altiere Duarte Ponciano
LEÃO, Lucas Dourado
SOUSA, Lívia Bentes

INTRODUÇÃO

A modalidade de Plantão Psicológico desenvolvida como um método estratégico e visando, a princípio, atender a uma grande demanda, vem cada vez mais sendo adotada por profissionais do âmbito, tendo em vista o seu caráter pontual, bem como sua maior flexibilidade em relação ao ambiente físico em que se concede a escuta e do próprio profissional responsável pela função. Após algum tempo de experiência, os profissionais que exercem esse tipo de serviço possuem maior facilidade no manejo técnico para tal, gerando produções cientificas que conseguem munir o psicólogo de novos métodos, técnicas, instrumentos, etc, com o objetivo de somar com o desenvolvimento de profissionais.

No entanto, seria importante pensar sobre os primeiros contatos de futuros profissionais sobre a execução da função e as questões advindas dessa atuação por parte de graduandos. Logo, a inserção de acadêmicos nessa modalidade de atendimento psicológico e diante das características intrínsecas a esta (demandas emergenciais, atendimento pontual, tempo de atendimento indeterminado) pode ser assimilada de diferentes formas por eles, desde algo ansiogênico até uma atividade tranquila e de aprendizado.

Portanto, torna-se relevante a discussão e observação mais apurada sobre essa questão, pois há a possibilidade, a partir disso, de mudar padrões de comportamento sobre atendimentos, ou até mesmo questionar o desenvolvimento de acadêmicos com foco na própria instituição. Assim, o

presente trabalho visou verificar se há desafios nessa atuação de acadêmicos na modalidade plantão psicológico nas ruas, pelos estagiários do *Projeto Psicologia Nas Ruas*, além de buscar observar a influência da grade curricular no manejo durante os atendimentos, por meio da aplicação de um questionário via online.

PLANTÃO PSICOLÓGICO

Segundo Mahfoud (2012), o plantão psicológico surge em 1969 pelo Serviço de Aconselhamento Psicológico (SAP) do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (IPUSP), frente ao aumento da demanda para atendimentos psicológicos. Esse serviço debruça-se sobre a técnica da Abordagem Centrada na Pessoa, aonde a relevância do atendimento recai na *pessoa*, na *relação* e no *processo.* O serviço de Plantão possui como principais características a disponibilidade do profissional, que fica no aguardo da demanda em um tempo previamente determinado e ininterrupto. Como modalidade de atendimento, visa atender a uma demanda de caráter emergencial. Pode ser utilizado em várias áreas de atuação e por ser um serviço focal, oferece a possibilidade de ser implantado em vários contextos institucionais (MAHFOUD, 2012; REBOUÇAS,2010).

Esse serviço vem sendo cada vez mais adotado no âmbito da Psicologia, mais especificamente em clínicas – escola. Há aqui, a possibilidade do exercício e primeiro contato com a prática psicológica pelos acadêmicos, promovendo a articulação dos aparatos teóricos adquiridos durante a graduação com a execução (DO ROSÁRIO, NETO, 2015).

Porém, tanto profissionais quanto graduandos que realizam essa atividade, envolvem-se com questões pessoais, bem como aspectos da própria graduação e o aparato metodológico e científico (BEZERRA,2010). Segundo Paparelli e Martins-Nogueira (2007) é necessário levar em consideração três aspectos que constituem o plantão psicológico: o primeiro seria a capacidade e aptidão do profissional para lidar com as demandas; o segundo corresponde à percepção do sujeito em relação ao plantão como um lugar de suporte, apoio, àquilo trazido; e o terceiro, seria a instituição, isto é, o próprio meio em que esse serviço é disponibilizado, tornando-se

necessário observar a organização, regulamentação institucional para a prestação do serviço e sistematização do espaço de atendimento.

Nessa perspectiva, como seriam os atendimentos pelo plantão psicológico sem o controle sobre o ambiente, ou principalmente sobre a instituição?

PROJETO DE EXTENSÃO PSICOLOGIA NAS RUAS

O Projeto de Extensão *Psicologia Nas Ruas*, surge em Macapá, mas atualmente sua sede se encontra em Belém/PA. Esse é um Projeto sem fins lucrativos, promovido pela Fortiori Consultoria Integrada LTDA. Este tem o objetivo de levar à comunidade informações e serviços relacionados à Psicologia, agindo de modo a fortalecer a Rede de Assistência tornando-se, portanto, uma estratégia de redução de riscos. Para isso, o mesmo pauta-se sobre temas contemporâneos que tratem sobre questões de risco, debruçando-se sobre os seguintes eixos: violências, saúde mental e vulnerabilidade social.

Aqui, busca-se alcançar principalmente uma interação maior com a comunidade, divulgar a rede de assistência e serviços voltados a pessoas com sofrimento mental, integrar demandas da sociedade com conteúdo e pesquisas acadêmicas, possibilitando a interação e troca de saberes e oferecer a prática de estudantes de psicologia voltada à redução de danos e produção cientifica, visando o desenvolvimento de profissionais cidadãos.

O projeto se utiliza de atividades, dinâmicas e palestras para alcançar o público em questão. Um destes serviços é o plantão psicológico, realizado pelos profissionais presentes na ação e os alunos que estejam cursando a partir do sexto semestre, ou tenham participado do treinamento oferecido pela própria equipe de supervisores. Portanto, a possibilidade de conceder escuta psicológica dentro desta modalidade pelos acadêmicos, só é oferecida frente ao preparo dos mesmos antes de intervenções aonde serão ofertados os atendimentos. Após as ações, os graduandos que prestaram essas escutas psicológicas, precisam ser supervisionados, garantindo, com isso, a maior apropriação por parte dos acadêmicos de conhecimentos acerca desta prática.

A realização do plantão psicológico pelo Projeto não possui um espaço de atendimento sistematizado, aonde raramente seria possível delimitar, organizar ou

regulamentar o meio em que o serviço será prestado. Isso porque este pôde ser ofertado em praças, escolas, etc, onde não foi possível estabelecer tais delimitações.

Assim, é pertinente verificar particularidades do desenvolvimento do Plantão em ambientes públicos.

Nessa perspectiva, os integrantes do projeto tendem a lidar com estes aspectos constituintes do plantão, correspondente não somente a imprevisibilidade das demandas, bem como questões do espaço físico, apoiando-se na escuta psicológica e colocando o sujeito em um lugar de total relevância no momento.

No entanto, dentro desse processo é importante verificar se há impasses que atravessam os acadêmicos no momento do atendimento dentro desse contexto colocado.

OBJETIVO

Compreender os desafios do atendimento na modalidade plantão psicológico nas ruas, pelos estagiários do Projeto Psicologia Nas Ruas. Por meio disso, identificar possíveis dificuldades no atendimento – Plantão psicológico- nas ruas, pelos estagiários do Projeto, além de buscar verificar a influência da grade curricular no manejo durante os atendimentos.

METODOLOGIA

O trabalho possui como aparato teórico pesquisas bibliográficas, por meio de fontes convencionais e eletrônicas, as quais serão articuladas com os resultados da aplicação de um questionário. Este questionário diz respeito a uma relação com 7 (sete) perguntas com possibilidade de respostas *sim, não* ou *talvez*, bem como a justificativa para estas afirmativas. Optou-se pelo encaminhamento via *online* para todos os integrantes do Projeto sendo estudantes ou profissionais.

Assim, essas perguntas foram enviadas aos alunos participantes dessa edição que correspondem a 4 (quatro) pessoas, assim como aqueles que já haviam participado da edição anterior, 5 (cinco) ex integrantes, tendo como principal quesito de inclusão a experiência de ter atendido pelo plantão nas ruas pelo Projeto. Tendo

em vista o objetivo de verificar se há dificuldades no atendimento psicológico por alunos, bem como buscar

Esse questionário foi constituído pelas seguintes perguntas: *Você se encontra na graduação/ você se encontra graduado?*

Quantos atendimentos realizados durante o período de estágio no Projeto?

No momento do primeiro atendimento, você estava em que período da graduação?

Em sua opinião, esse período fez diferença na condução da realização de seu atendimento?

Você acha que a sua formação acadêmica foi suficiente para a escuta em plantão psicológico?

Durante os atendimentos você sentiu dificuldades (com justificativas para respostas positivas e negativas.

Em sua opinião, quais os métodos, ou instrumentos que podem ser adotados pelos atuais estagiários a fim de melhorar o manejo no atendimento psicológico nas ruas?

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A pesquisa contou com quatro graduandos e duas pessoas já formadas. Durante os atendimentos os seis estavam na graduação, pela Universidade da Amazônia - UNAMA entre o oitavo e nono período, sendo realizados de dois a sete atendimentos.

Aqui, destaca-se a grade curricular da Universidade citada, na qual apesar de ter havido alterações no decorrer dos anos, detinha disciplinas sobre as vertentes metodológicas e técnicas da Psicologia e a introdução na prática clínica, por meio da triagem desenvolvida dentro da Clínica de Psicologia da Universidade da Amazônia (CLIPSI).

Apesar do contato durante a graduação, Paparelli (2007), apoiando-se em Mahfoud (1987), considera o serviço de plantão psicológico como um desafio constante ao se ter em vista o desconhecimento da prática. Isso leva o graduando a ter contato com diversos sentimentos como ansiedade, medos, satisfação e crítica.

Por meio da presente pesquisa, cinco dos entrevistados afirmaram que o período o qual cursava na faculdade fez diferença durante os atendimentos. Isso foi atribuído ao conteúdo e conhecimento da graduação, pois tiveram acesso a carga maior de conteúdo, bem como a maturidade na escuta decorrente desse acúmulo de conhecimentos e desenvolvimento pessoal.

Quando indagados se a faculdade seria suficiente como oferta de suporte em atendimentos, obtiveram-se 3 respostas *sim*, 1 *não* e 2 *talvez*. No entanto, vale destacar que cinco desses colocaram a necessidade de buscar suporte externo à grade curricular.

Evidencia-se a pesquisa realizada por Paparelli e Nogueira – Martins (2007) investigando aspectos atravessadores dentro do processo de atendimento no plantão psicológico por graduandos de uma universidade particular de São Paulo. Nesta, as autoras destacam a satisfação dos graduandos quanto à grade curricular desses: *O preparo teórico e a estrutura curricular do curso, com disciplinas de pré-requisito e com enfoque na comunidade, foram considerados facilitadores para o processo de aprendizagem* (PAPARELLI, NOGUEIRA- MARTINS 2007, p. 10).

Além disso, 66, 7% afirmaram que sentiram dificuldades durante esses atendimentos, enquanto que 33,3% responderam em negativo. Esses empecilhos foram atribuídos principalmente ao ambiente, questões relacionadas à demanda, sendo a falta de suporte técnico/ metodológico indicado apenas por uma pessoa, contudo a ausência de dificuldades corresponde ao manejo técnico, treinamentos e o conhecimento sobre aspectos pertinentes ao atendimento e demanda adquirido, segundo o (a) participante, pela sua experiência no serviço dentro da Universidade (CLIPSI).

Aqui, é importante destacar novamente Paparelli e Nogueira- Martis (2007) aonde apontaram a ansiedade, o medo e a insegurança como aspectos principais decorrentes do contato com esse serviço por parte de alunos. Isso seria consequência do que as autoras denominam “percurso não controlado do plantão”, aonde não há controle principalmente quanto à demanda emergente, gerando expectativas sobre esse sujeito e sua queixa.

Por fim, as propostas realizadas pelos entrevistados em torno da melhoria do atendimento psicológico no plantão, para cinco dos estagiários, foram o estudo de métodos e técnicas, supervisão e análise pessoal, sendo destacado por um integrante a interação entre os estagiários como uma variável importante para execução adequada dos atendimentos.

CONCLUSÃO

De acordo com os dados coletados, a formação acadêmica exerce influência no preparo de discente para uma escuta particular em relação ao plantão. Por meio dos resultados, é possível notar divergências entre as respostas objetivas e discursivas. Como a afirmação acerca da suficiência da grade curricular para tal, no entanto, posteriormente a consideração de 99% da importância de suportes para além da Universidade. As dificuldades correspondentes ao *ambiente* e *demandas*, por meio de uma análise qualitativa, podem ser consideradas reflexos da carência de habilidades e competências, as quais são advindas do enfraquecimento das bases de metodologia e principalmente técnica, bem como a insuficiência da inserção na prática desses alunos sob supervisão. Assim, esses resultados possibilitaram o acesso à concepção da necessidade de experiências que ofereçam maior conhecimento e domínio sobre o aparato teórico e metodológico, possibilitando uma escuta cientifica e manejo mais seguro. Destaca-se a importância de aprofundar a pesquisa por meio do estudo dos relatos dos estagiários, tendo em vista possíveis intervenções frente a esses empecilhos visando o maior desenvolvimento desses como profissionais. Aqui, coloca-se em destaque os meios usados para a superação das dificuldades, como a obtenção de conhecimento ou aprofundamento desse acerca das técnicas e métodos do manejo, no entanto, torna-se essencial a produção cientifica com enfoque na particularidade de atendimentos nas ruas, tendo em vista a escassez e de novos materiais sobre a modalidade, assim como a inovação desses atendimentos.

REFERÊNCIAS

BEZERRA PAPARELLI, Rosélia; FANTINI NOGUEIRA-MARTINS, Maria Cezira. Psicólogos em formação: vivências e demandas em plantão psicológico. Psicologia Ciência e Profissão, v. 27, n. 1, 2007.

MAHFOUD, Miguel (org), et. al. Plantão Psicológico: Novos Horizontes. 2ª edição. São Paulo: Companhia Limitada, 2012.

DO ROSARIO, Ângela Buciano; NETO, Fuad Kyrillos. Plantão psicológico em uma clínica-escola de psicologia: saúde pública e psicanálise. A PESTE: Revista de Psicanálise e Sociedade e Filosofia., v. 7, n. 1, 2016.

REBOUÇAS, Melina Séfora Souza, DUTRA, Elza. Plantão Psicológico: uma prática clínica da contemporaneidade. Rev. Abordagem Gestalt. Goiânia, v. 16, n. 1, p. 19-28, jun. 2010.

Volume 03 – ISSN: 2526-527X
CADERNO DE TRABALHOS COMPLETOS
http://revistas.unama.br/index.php/anaispsicologia/index

A VIVÊNCIA DO PSICÓLOGO EM FORMAÇÃO NA SALA DE ESPERA DE UM AMBULATÓRIO GERAL

ESPÍNDOLA, Patrícia Duarte
patiduarte1@hotmail.com
BASTOS, Aline Nascimento
LEBREGO, Arina Marques
MOTA, Camile Pantoja

INTRODUÇÃO

A sala de espera é um ambiente dinâmico e heterogêneo no qual ocorrem diversos fenômenos psíquicos, com diferentes demandas (idades, realidades socioeconômicas, locais de origem, etc), os pacientes e seus acompanhantes podem conversar e trocar experiências, refletindo sobre o processo saúde – doença e seus sentimentos.

A atuação na sala de espera é um modo produtivo de preencher o tempo ocioso no hospital através de trabalhos psicoeducativos e trocas de experiências que possibilitam um aumento do contato entre pacientes e acompanhantes com a equipe de saúde. A partir dessa comunicação a equipe pode analisar a condição dos usuários, compreendendo a forma como se sentem em relação a doença e seu imaginário (crenças, tabus). Assim, a sala de espera constitui-se como um ambiente essencial para oferecer esclarecimento, suporte emocional, apoio, orientações, escuta, acolhimento e ludicidade tanto para os pacientes quanto para os acompanhantes, fazendo com que organizem e elaborem os sentimentos em relação ao processo saúde-doença e ao processo de tratamento.

Para atender a todos é necessário que o profissional atuando na sala de espera tenha manejo técnico e sensibilidade, pois os pacientes que estão nesse ambiente demonstram sentimentos como angustias, temores, sofrimentos e necessitam compartilhar sobre isso com alguém. Diante disso, a escuta oferecida pelo psicólogo nesse momento pode ser uma forma positiva trazendo um conforto para os usuários.

A escuta é uma ferramenta fundamental que possibilita aos pacientes poderem falar e elaborar os seus sentimentos ligados ao processo de adoecimento. Assim, a escuta favorece a diminuição de angustias e ansiedades, pois permite que pacientes e acompanhantes ressignifiquem experiências dolorosas e se tornem ativos no seu processo de saúde-doença. (Alcântara *et al*, 2013).

Porém, essa ferramenta é aprimorada através de experiência práticas que, infelizmente, não estão presentes em grande frequência nas grades curriculares dos cursos de psicologia. Assim, para um psicólogo em formação o início de suas atividades fora do ambiente teórico da academia pode se apresentar como desafiador e assustador. Diante do exposto o objetivo do trabalho consiste em compreender e analisar a vivência do psicólogo em formação na sala de espera de um ambulatório geral. A realização deste artigo foi motivada pois temas relativos ao contexto da sala de espera, que são de ampla relevância à área da psicologia da saúde encontram-se pouco explorados e debatidos, com isso o estudo busca contribuir oferecendo maior importância e atenção a este espaço extremamente rico em possibilidades de atuação e com demandas únicas.

METODOLOGIA

O trabalho configura-se como um relato de experiência de alunas do nono semestre do curso de psicologia da Universidade da Amazônia (UNAMA), para a disciplina Estágio supervisionado em Psicologia da Saúde I, baseado na teoria para amparar a vivência. Os relatos fornecidos ao estudo foram coletados a partir da experiência das autoras, no período de fevereiro a março de 2018 no contexto da sala de espera, no ambulatório de um hospital de ensino e assistência ao SUS.

Nesse ambiente circulam por volta de 100 a 150 pessoas diariamente por turno, manhã (07 as 11h), intermediário (11 as 15h) e tarde (15 as 19h). O hospital atende a todas as faixas etárias e contempla em torno de 36 especialidades, sendo três como referência no estado do Pará: cardiologia, psiquiatria e nefrologia.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dados obtidos a partir da experiência das autoras e das pesquisas realizadas sobre o trabalho na sala de espera indicam que fatores internos como também externos, relacionados ao ambiente físico, afetam o processo psicológico dos pacientes e seus acompanhantes, gerando quadros de ansiedade, medo, angustia, stress, entre outros, fato que suscita diversas demandas que necessitam ser ouvidas e atendidas. Porém, quando se trata de um psicólogo em formação com pouca experiência prática, dar conta dessas demandas se torna um desafio, temática que é explorada por autores como Boris (2008), Ivancko (2004) e Brasil (2010).

Quando tratamos do contexto da sala de espera, encontram-se sujeitos inundados de expectativas acerca de suas consultas. Nesse momento, um quadro psicossomático já foi estabelecido, pois são pessoas que estão vivenciando sintomas de insônia, ansiedade, medo, angústia, dores locais, stress, entre outros. Algumas, angustiadas, perguntam acerca da demora ou quantos pacientes estão na sua frente, outras reclamam e projetam sua ansiedade e irritação nos funcionários do local.

Em nossa experiência pudemos ver esse fenômeno na prática, principalmente porque muitos pacientes utilizam o Tratamento Fora de Domicílio (TFD), o que ocasionava, muitas vezes, de chegarem no início da manhã, entre 6h à 8h, sendo que o início das consultas era em torno de 9h às 10h, além disso alguns pacientes precisavam se deslocar apenas para marcar uma consulta, mas ficavam sujeitos a passar inúmeras horas no hospital, esperando a saída do TFD.

Como resultado, durante o estágio geralmente encontrávamos pessoas cansadas, estressadas e sonolentas. As dificuldades enfrentadas pelo uso do TFD se potencializavam quando se tratava de alguns pacientes com quadros específicos, como autismo e esquizofrenia, pudemos observar que o tempo de espera da viagem somado ao longo período ocioso na sala de espera os deixaram angustiados e estressados.

O Tratamento Fora de Domicílio (TFD) é uma ferramenta legal, estabelecida pela Portaria nº 55 da Secretaria de Assistência à Saúde (Ministério da Saúde), que busca garantir, por meio do SUS, assistência médico-hospitalar aos pacientes com doenças não tratáveis nos locais onde vivem. Assim, esse programa constitui-se

como uma ajuda de custo a pacientes e, em certos casos, acompanhantes, oferecendo passagens de ida e volta, custeio de alimentação e hospedagem dos usuários enquanto durar o tratamento (MINISTÉRIO PÚBLICO DO PARA s/d).

A partir do que foi presenciado durante o período do estágio, constata-se que a existência do TFD é de extrema importância para o âmbito da saúde, porém observa-se que a forma de dinamização do programa traz malefícios aos pacientes e acompanhantes, no que tange ao fato de passarem longos períodos ociosos de espera no hospital aguardando o horário de suas consultas ou o horário de ir embora, principalmente no que concerne a pacientes com quadros delicados. Sobre esse aspecto Sousa (2009) realiza uma pertinente observação, na qual afirma a existência de um SUS necessário, definido legalmente, e de um SUS possível, o qual encontra-se operando no cotidiano atual.

Para todos os pacientes que estão no aguardo da sala de espera, o momento da espera é um dos mais difíceis tanto para pacientes quanto para seus acompanhantes, pois não há possibilidades de manifestar suas emoções. Por esse motivo, as ações na sala de espera são de grande contribuição para os pacientes e seus acompanhantes, no qual o tempo ocioso, que muitas vezes traz sofrimento, é transformado em tempo de trabalho, gerando um significativo alívio emocional. O psicólogo, nesse contexto de atuação, ao oferecer seu apoio alivia a sensação de desamparo sentida pelo paciente. Este, sentindo-se acolhido consegue desenvolver uma participação mais ativa no seu processo de tratamento (IVANCKO, 2004).

Ao chegarmos na sala de espera do hospital, campo de estágio, nos deparamos com fatores do ambiente físico que não tornavam o espaço acolhedor e confortável para os pacientes e seus acompanhantes. A sala é constituída em uma estrutura que gera eco e consequentemente barulho, o que atrapalha as pessoas a escutarem seus devidos nomes quando são chamadas para as consultas, assim como prejudica a comunicação entre elas. Notamos que isso deixa as pessoas apreensivas e ansiosas de não ouvirem sua chamada e perderem a vez da consulta.

Outro aspecto ambiental que se destaca é o calor, e em certos dias um calor excessivo, que causa incomodo tanto aos pacientes, principalmente os que já estão

passando mal, quanto aos funcionários. Percebemos que o fator climático em questão gera estresse.

Além disso, nos atentamos ao fato de que o ambiente é pouco sinalizado, o que faz as pessoas ficarem confusas sem saber para onde devem se direcionar quando vão marcar consultas e exames ou quando têm consulta marcada para o dia.

Em nossa experiência as maiores demandas dos pacientes e seus acompanhantes eram justamente voltadas a esses aspectos de dúvidas. Esse fato nos gerou certa dificuldade no início do estágio, porque também não sabíamos como esclarecer essas dúvidas, assim tivemos que aprender o funcionamento institucional para melhor atender os usuários do hospital.

Porém, também notamos aspectos positivos na sala de espera, como as cores dinâmicas do espaço, que retiram o ar mórbido dos ambientes, cadeiras confortáveis, serviços de voluntários que atendem as crianças (espaço fornecido para elas brincarem e se distraírem do tempo de espera), além da equipe profissional do ambulatório, que sempre se mostrou disposta a atender a todos, inclusive a nossa equipe de estagiários.

No que tange ao assunto, o Ministério da Saúde emprega a Política Nacional de Humanização (PNH) HumanizaSUS, política essa que transpassa por diversas ações e instancias do Sistema Único de Saúde (SUS), compreendendo diversos níveis e dimensões da Atenção e Gestão. Ao lançar estratégias que articulem pessoas, ações, práticas e conhecimentos, pode-se intensificar a garantia de atenção integral, humanizada e resolutiva.

Por humanização entende-se a valorização das pessoas envolvidas no processo de produção de saúde. Por isso a política HumanizaSUS é guiada pelos valores de autonomia e protagonismo dos sujeitos, corresponsabilidade entre eles, participação coletiva no processo de gestão e os vínculos solidários.

Através dessa política, a humanização dos territórios de encontro do SUS é intitulada pelo termo ambiência. Entende-se por ambiência em saúde o tratamento que é dado ao espaço físico (espaço de relações interpessoais, social e profissional) que deve promover uma atenção resolutiva, acolhedora e humana.

O conceito de ambiência está pautado em três eixos: 1- o espaço busca pela confortabilidade focada na privacidade e individualidade das pessoas, ressaltando aspectos que interagem com os sujeitos, como iluminação, cor, cheiro, morfologia, entre outros. 2 - O espaço promove a produção de subjetividade através da ação e reflexão acerca dos processos de trabalho. 3 – O espaço como uma ferramenta que facilite o processo de trabalho, possibilitando a otimização de recursos e um atendimento humanizado, acolhedor e resolutivo.

É pensando na ambiência em saúde que se atinge um avanço qualitativo nas discussões de humanização dos territórios de encontro do Sistema Único de Saúde (SUS). Agora é compreendido muito além da composição técnica do lugar, mas sim nas situações que são construídas nesses espaços e vivenciadas por grupos de pessoas com suas relações sociais e valores culturais.

Em espaços físicos que já estão construídos, como é o caso do hospital utilizado como campo de estágio, a política HumanizaSUS salienta a importância dos gestores buscarem promover mudanças, não necessariamente relacionadas a grandes reformas físicas, mas no que diz respeito a adaptações discutidas com técnicos que tem trabalhado com questões de ambiência e arquitetura no campo da saúde (BRASIL, 2010). É essencial destacar que na instituição em questão já há um projeto em tramitação para reforma e melhoria do ambiente.

Outro desafio que vivemos na sala de espera foi em relação ao manejo técnico e teórico. Sobre isso Boris (2004) ressalta que é muito comum psicoterapeutas iniciantes ficarem tão preocupados com o seu bem-estar que acabam esquecendo de seus compromissos com os pacientes e até mesmo com o seu trabalho. Dessa maneira, o psicoterapeuta iniciante acaba tendo receio para exercer sua função por não ter experiência pessoal e profissional, mesmo estando pautado com referencial teórico-técnico no qual fundamenta sua prática e assim não confiando em si mesmo.

Isto pode ser vivido em nossa prática na qual nos percebemos com medo e ansiosas, sentimentos que influenciaram até em nossa postura, deixando-a mais fechada e impedindo que os pacientes e/ou acompanhantes chegassem até nós. Porém, foi preciso que esse medo fosse enfrentado para realizar um trabalho eficaz e acolhedor.

Além das orientações de nossa preceptora, a escuta de vários casos nos serviram de ajuda para esse enfrentamento, houveram pacientes psiquiátricos, de urgência e até mesmo de pessoas que apenas precisavam desabafar e serem ouvidas. De início nos assustamos, no sentido de ter receio de não saber como manejar as demandas ali presentes, porém percebemos que o manejo dos atendimentos não foi tão difícil quanto esperávamos, as conduções foram adequadas e favoreceram um acolhimento psicológico necessário aos pacientes. Esse momento foi essencial para criarmos autoconfiança, entendendo, como afirma Boris (2008), que somos nossa própria ferramenta de trabalho, indo muito além de técnicas e teorias.

Tais casos foram de grande importância para nós, pois percebemos que mesmo com a insegurança pelo fazer inicial, transmitimos às pessoas que ali nos demandavam uma postura de segurança, desenvolvemos nossa capacidade de escuta, podendo oferecer aos pacientes e seus acompanhantes o acolhimento de seus sofrimentos, angustias, ansiedades, medos, expectativas, entre outros.

CONCLUSÃO

Partindo da ideia que as reações ao processo de saúde-doença manifestam-se de formas e intensidades diferentes para cada paciente, o trabalho do psicólogo junto ao público da sala de espera caracteriza-se por sua peculiaridade. A atuação do psicólogo na sala de espera exige que o profissional esteja inteiro na relação com o outro, qual seja o paciente e seu acompanhante, para isso é necessário que desenvolva certa sensibilidade em relação ao sujeito que manifesta a ele seus medos, angustias, fantasias, entre outros. Por vezes apenas a presença do profissional é suficiente para a pessoa naquele momento específico que está vivendo.

A experiência de estágio foi extremamente enriquecedora, pois pudemos pôr em prática nossos conhecimentos teóricos e adquirir conhecimentos técnicos, além disso a vivência na sala de espera nos possibilitou conhecer esse ambiente do qual nunca tínhamos estudado durante a graduação.

Os atendimentos psicológicos realizados foram baseados na escuta, com o objetivo de promover aos pacientes e acompanhantes a compreensão e ressignificação de seus processos de saúde-doença afim de revigorar os mecanismos de enfrentamento da doença e do tratamento, assim como promover maior contato entre usuários e a equipe de saúde.

Visto isso, constatamos a necessidade de haver um aumento do número de publicações de trabalhos sobre esse ambiente para melhor auxiliar os futuros psicólogos em formação que irão trabalhar/estagiar no contexto das salas de espera de ambulatórios, assim como para promover um atendimento humanizado e acolhedor aos pacientes e acompanhantes, reduzindo seus sofrimentos em um momento de espera.

REFERENCIAS

ALCÂNTARA, et al. Intervenções psicológicas na sala de espera: estratégias no contexto da oncologia pediátrica. Rev. SBPH vol. 16, no.2. Rio de Janeiro – Jul./Dez. - 2013

BORIS, Georges Daniel JanjaBloc. Versões de sentido: um instrumento fenomenológico-existencial para a supervisão de psicoterapeutas iniciantes. Psic. Clin. Rio De Janeiro, vol.20, n.1, p.165 – 180, 2008

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Ambiência / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. 32 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)

IVANCKO, Silvia Martins. E o tratamento se inicia na sala de espera... In: ANGERAMI-CAMON, Valdemar Augusto. Atualidade em psicologia da saúde. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2004.

MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DO PARÁ. Cartilha TFD Definitiva. Disponível em <https://www2.mppa.mp.br/sistemas/.../37/publicacoes_CartilhaTFDDefinitiva> Acesso em: 19 de maio de 2018

SOUZA, Luis Eugenio Portela Fernandes de. O SUS necessário e o SUS possível: estratégias de gestão. Uma reflexão a partir de uma experiência concreta. Ciência & Saúde Coletiva, 14(3):911-918, 2009

III CONGRESSO DE PSICOLOGIA: as diversas faces do cuidar.
De 26 a 28 de abril de 2018. Belém – PA/
HANGAR – Centro de Convenções da Amazônia
Volume 03 – ISSN: 2526-527X
CADERNO DE TRABALHOS COMPLETOS
http://revistas.unama.br/index.php/anaispsicologia/index

ATENÇÃO HOSPITALAR: INTERVENÇÕES DO PSICÓLOGO COM O PACIENTE PSICÓTICO "AGUDO"

CAVALCANTE, Ísis
MOURA, Marlene
BORGES, Camila
LOPES, Cleise
LEBREGO, Arina
LINS, Cristina

INTRODUÇÃO

O presente trabalho aborda as estratégias psicológicas possíveis na Atenção Hospitalar com pacientes diagnosticados como "Psicóticos Agudos". A Atenção Hospitalar é um dos pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do Sistema Único de Saúde (SUS), é constituída por Serviços Hospitalares de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo leitos de Saúde Mental em Hospitais Gerais. Os principais sistemas contemporâneos de Classificação são a Classificação Internacional de Doenças – CID-10 (1993), da Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais- DSM-5 (2014), da Associação Americana de Psiquiatria (APA). Para que houvesse uma compatibilidade entre os dois manuais, consultorias entre a OMS e a APA produziram uma formulação do segundo, fundamentado em termos e códigos adotados no primeiro.

O Manual de Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento CID-10 (1993), definem o "Transtorno Psicótico" como termo de conveniência para todos os membros desse grupo "psicótico". É um termo descritivo conveniente, particularmente em F23, Transtornos psicóticos agudos e transitórios. O uso do termo não envolve pressupostos acerca de mecanismos psicodinâmicos, simplesmente indica a presença de alucinações, delírios ou de um número limitado de várias anormalidades de comportamento, tais como excitação e hiperatividade grosseiras, retardo psicomotor marcante e comportamento catatônico. Os critérios de 48 horas e duas semanas não são colocados como os períodos nos quais os

sintomas psicóticos se tornaram óbvios e perturbam pelo menos alguns aspectos da vida diária do trabalho. O pico da perturbação pode ocorrer mais tardiamente (CID10,1993, p.99).

De acordo com estes sistemas classificatórios o quadro psicopatológico da psicose envolve a presença de alucinações, delírios ou de um estado limitado de comportamento considerados inadequados, como excitação e hiperatividades grosseiras, retardo psicomotor marcante e comportamento catatônico. Somado a estes sintomas, o relacionamento interpessoal costuma estar prejudicado, o que interfere no convívio social. A finalidade do uso do termo psicótico para ambos os manuais é, portanto, a de qualificar os sintomas para se especificar o nível de comprometimento envolvido e a possível classificação nosológica relacionada, o que pode comprometer a avaliação do que eles representam para o sujeito que os vivencia. Em consequência, pode ocorrer um esvaziamento do significado dos sintomas, os quais podem ficar reduzidos ao que é observado pela equipe a partir de pouco contato e/ou escuta do paciente (CARVALHO, 2008).

Os episódios psicóticos agudos podem ocorrer em diversas situações e por diferentes causas, tanto por um surto de esquizofrenia, um episódio maníaco ou depressivo grave, um estado transitório causado por substâncias psicoativas ou um estado de delirium. Deve-se, pois, fazer um primeiro diagnóstico diferencial entre as psicoses funcionais e as orgânicas ou sintomáticas. Entre as primeiras incluem-se, além dos transtornos psicóticos agudos e transitórios, os surtos esquizofrênicos, reagudizações e recrudescimento de transtornos delirantes paranoides, e episódios de transtornos de humor (maníacos ou depressivos graves) com sintomas psicóticos. Nestes quadros, como regra, não ocorrem alterações da consciência. As manifestações psicóticas orgânicas aparecem como manifestação sintomática de alguma lesão, doença ou intoxicação (FORMIGON *at al*, 2014).

Conforme indica o título do presente trabalho, as reflexões apresentadas estão sendo desenvolvidas no seio do desenvolvimento de reestruturação em saúde mental brasileira, considerando os preceitos da Reforma Psiquiátrica ainda em curso, em que a internação breve em setor de saúde mental de Hospital Geral, constitui-se como último recurso dentro do SUS. Assim sendo, considera-se que a

escuta psicológica a estes sujeitos, pressupõe a valorização da fala do paciente, considerando portanto, um determinado modo de funcionamento psíquico, que requer uma escuta e uma atenção diferenciada (RINALDI E LIMA, 2006).

Vale destacar a importância do cuidado, que surge como categoria que engloba as novas práticas, utilizada de forma generalizada na legislação em saúde mental, na literatura sobre o assunto e na prática dos serviços, que contemporaneamente, vem sendo imbuído de novos sentidos e enunciados, constituindo-se, assim, em território interdisciplinar sob o signo da multiplicidade. Esse campo, inspirado pelos ideais de desinstitucionalização no setor de saúde mental, visa a produção de um trabalho que estabeleça acolhimento, vínculo, escuta e compromisso ético-político com os usuários, dirigindo a organização do trabalho para a elaboração de projetos terapêuticos que promovam a emergência do sujeito (RINALDI E LIMA, 2006).

O tratamento deve ser orientado pelas indicações do paciente, tomando a fala do paciente não no registro da patologia, mas como índice de sua condição existencial. A clínica deve permitir a construção de um projeto pessoal, crivado pelas vicissitudes da doença, mas com vontade e interesse para perseguir um horizonte almejado. Procura-se ainda criar condições para que se estabeleça um vínculo, seja pela relação individual com o paciente ou pelo agenciamento do próprio espaço coletivo como dispositivo. O campo da ação terapêutica incorpora preocupações e iniciativas que não são comumente associadas à clínica. O tratamento se converte no acompanhar da vida do paciente e, embora não dispense o saber psiquiátrico, incorpora outros saberes, outros instrumentos e práticas (CARVALHO, 2008).

OBJETIVO

O presente trabalho teve como objetivo geral descrever e refletir acerca da atuação do Psicólogo com pacientes diagnosticado com Psicose aguda em pontos de atenção hospitalar.

METODOLOGIA

Em termos metodológicos, trata-se aqui de uma pesquisa de natureza teórica e que utiliza como método a revisão bibliográfica sobre o tema proposto na literatura científica especializada. Na pesquisa teórica, podemos apontar a implicação dos pesquisadores frente ao objetivo de estudo eleito, estando estes, portanto, implicados como sujeitos nas construções e análises realizadas. Neste sentido, apontamos que os autores estão em campo, mas especificamente no ponto de atenção hospitalar em enfermariasde saúde mental, atendendo pacientes psicóticos, o que permeia as pontuações deste escrito.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Impasses têm surgido nos trabalhos desenvolvidos nos meios dos novos dispositivos de assistência à saúde mental, criados a partir da reforma psiquiátrica brasileira, tanto no Hospital Psiquiátrico quanto nos Centros de Atenção Psicossocial. Os novos dispositivos trazem a proposta de superação da clínica, ao considerar a especificidade da loucura e a necessidade de acolhê-la de forma positiva na instituição. Na dimensão do cuidado e de novas formas de lidar com a loucura, preocupa-se em cuidar e não excluir, convocando os profissionais da área da saúde mental, a família e à sociedade, para a tarefa de cuidar e incluir o sujeito afetado pelo sofrimento psíquico no convívio social, visando o exercício de uma possível cidadania. O cuidado, nessa perspectiva, significa incluir, em oposição à exclusão, ao descaso e ao abandono que caracterizaram as práticas psiquiátricas tradicionais, de caráter manicomial (CARVALHO, 2008).

A ênfase no cuidado que marca a reforma e define institucionalmente os novos serviços, por meio de sua presença na legislação e no discurso que os sustenta, tem o sentido de não apenas humanizar, mas dar outra conotação social à questão da loucura. A atenção hospitalar, nessa nova perspectiva, tem o papel de acolher e proteger sujeitos que apresentam determinados quadros clínicos graves, como os pacientes psicóticos agudo, que demandam uma estrutura coletiva de resposta, assim como oferecer-lhes possibilidades de tratamento, às quais eles podem aderir ou não. O cuidado do psicólogo, na atenção hospitalar, visa assumir uma postura que vise recuperar a autonomia e o poder de contratualidade dos psicóticos,

resgatando sua autonomia e a maneira de conviver com seus problemas (RINALDI E LIMA, 2006).

Dentre as atividades que podem ser desenvolvidas pelo profissional da psicologia em pontos de atenção hospitalar podemos destacar:

1) *o atendimento psicológico individual ao paciente e ao seu familiar:* ofertar escuta e atividades lúdicas na busca da formação de vínculos que favoreçam: aumento da tolerância à frustração, reestabelecimentos dos laços sociais, contenção dos afetos para melhorar a interação social, resgate da autonomia possível, organização do pensamento e a orientação quanto a si, ao tempo e ao espaço.

Diante dos preconceitos ligados às doenças mentais, o diagnóstico muitas vezes é recebido com ceticismo e até raiva. Estabelecer uma aliança terapêutica é condição básica para o sucesso das intervenções psicossociais. Essas abordagens têm como objetivos: a) prover informações sobre a doença e seu tratamento; b) auxiliar na adaptação à nova condição imposta pela doença; c) promover a adesão ao tratamento medicamentoso; d) reduzir os fatores de risco, tais como abuso de drogas, depressão e suicídio; e) adequar as expectativas em relação ao paciente; f) estabelecer metas realistas para o futuro; g) auxiliar a lidar com situações de estresse; h) adequar atitudes dos familiares, procurando reduzir expressões de crítica, de hostilidade e de superenvolvimento emocional; e i) orientar sobre sintomas prodrômicos de recaída. (LOUZÃ, 2000)

> (...) é importante que se compreendam dúvidas, medos e crenças apresentados pelo paciente e seus familiares, a fim de que esses não considerem o conhecimento sobre o curso de um quadro psicótico e sobre a direção do tratamento como exclusivo da equipe de saúde, em especial da figura médica. Mas, conforme Coelho (1999) permanece surpreendente sugerir a viabilidade de se valorizar a experiência do paciente acerca do transtorno mental. Indivíduos diagnosticados com transtorno severo tendem a ser desqualificados em seus depoimentos, não apenas por leigos ou seus pares, mas igual

> ou primordialmente por profissionais de saúde. Há uma crença pessimista sobre sua capacidade de reconhecer as implicações do problema e a necessidade do tratamento. Não raro, é tido como incapaz, sendo seu ponto de vista dispensável (CARVALHO, COSTA, Bucher-Maluschke, 2007).

Segundo Vinagradov e Yalom (1992), o paciente psicótico é marcado por uma relação muito particular com a linguagem, relação que o deixa fora do discurso e, por isso, distante do sentido compartilhado em uma dada comunidade. O estabelecimento de vínculos sociais encontra, neste aspecto, um grande obstáculo, pois estar fora do discurso é estar fora de um conjunto significante capaz de habilitá-lo a um vínculo com o outro e, portanto, de ligá-lo a esse outro. Aliás, o significante desligado parece sempre rondar esse paciente, aspecto razoavelmente fácil de observar no cotidiano do hospital, tanto nas experiências dissociativas quanto na experiência paranoica: desligado do outro, desligado de si mesmo, desligado de seus pensamentos, desligado de seu corpo, desligado do sentido.

Neste sentido o trabalho do psicólogo consiste na escuta a partir da logica por ele vivenciada, acolhendo sua forma de expressão, fala e comunicação no mundo; visando possibilitar a emergência de possibilidades de constituição de laço social por estes sujeitos, por meio de um cuidado que o considere como sujeito e por tanto com direitos as trocas no social, na comunidade e principalmente no seio familiar.

A assistência dirigida ao sujeito psicótico agudo orienta-se pela ética de valorização de uma vida digna, o que implica o compromisso de privilegiar a solidariedade, o respeito e a relação entre cidadãos. Essas atitudes indicam o reconhecimento do outro como sujeito autônomo capaz de tomar decisões e fazer escolhas, isto é, capaz de aceitar ou rejeitar as ações propostas pelos profissionais de saúde mental. As novas práticas e técnicas devem resultar em ações que aumentem as possibilidades de governabilidade dos sujeitos sobre sua vida. A noção da clínica deve ser pensada desde o seu sentido original que expressa o espaço primordial e imprescindível onde o saber médico se formou, ou seja, na relação universal da humanidade consigo mesma (CARVALHO, 2008).

O profissional psicólogo, no cuidado do paciente diagnosticado com psicose aguda, precisa estar atento ao contexto em que o paciente está inserido. O tratamento dos pacientes psicóticos deve considerar o indivíduo como um ser psicossocial. Dentre as modalidades de intervenção, Carvalho (2008) aponta intervenções com a família, reinserção social acompanhada pela equipe de saúde e psicoterapia. (CARVALHO, 2008).

Formigon *at al*, (2014), destaca que a maioria dos psicóticos são levados a internação por seus familiares ao hospital, a internação visa cuidar e tratar das pessoas em grave sofrimento psíquico, em um momento em que estão com dificuldades de cuidar de si mesmas, podendo ter em virtude da sintomatologia tais como: agitação psicomotora, irritabilidade, comportamento autoagressivo (direcionado a si) e heteroagressivo (agressividade relacionados a outras pessoas e ao mundo exterior). Em conformidade com Cosmo e Carvalho (2000), quando se refere ao adoecimento, muitas vezes, o paciente se depara com a necessidade de internação, que acaba se tornando um dos principais eventos estressores, pois a internação simboliza uma ruptura com sua história de vida, rotina e autonomia. Para alguns pacientes, este período pode ser gerador de medo e demarca uma separação com a família e comunidade.

2) Intervenções grupais: desenvolvendo encontros de conversação, grupos de suporte e ou de psicoeducação, visando a interação entre os pacientes, entre estes e os profissionais de saúde mental, acerca de temas específicos, ou das demandas que emergem nestes encontros.

Segundo Santos (2014) Apud Vinogradov e Yalom (1992), no contexto das intervenções grupais com pacientes psicóticos em internação integral são recomendadas adaptações da técnica tais como: considerar um encontro do grupo como uma intervenção com início, meio e fim em função da rotatividade dos pacientes devido a admissões e altas; minimizar os conflitos emergentes durante a intervenção e facilitar o apoio/suporte; foco no aqui-e-agora, especialmente nas relações interpessoais.

3) Discussão em grupo com a equipe: é outro aspecto relevante na assistência no ponto de atenção hospitalar, haja vista que, a importância de realizar o estudo de casos é de suma relevância na construção de propostas terapêuticas singulares e interdisciplinares. Este trabalho em equipe também favorece os encaminhamentos para RAPS que devem ser trabalhados na alta hospitalar.

A atuação da equipe multiprofissional na Saúde Mental traz consigo atravessamentos complexos. Por um lado, ressalta-se a dificuldade para estabelecer um solo epistemológico comum entre as disciplinas, o que decorre das grandes diferenças conceituais, metodológicas, práticas e terminológicas acerca do cuidado ao paciente em sofrimento mental. Por outro, emerge a potência da diretriz multiprofissional e interdisciplinar propugnada pela reforma que, em essência, carrega a responsabilidade de mudar um modelo de assistência, tarefa árdua (VASCONCELOS, 2010).

Neste sentido, uma efetiva interdisciplinaridade fornece o caminho para um cuidado plural, no qual, com efeito, o usuário é o denominador comum do entrelace de várias disciplinas e práticas assistenciais. Essa linha de ação faz o serviço caminhar na direção da integralidade, afastando-se da assistência reducionista que desconsidera a subjetividade e/ou contexto social. Como contrapartida, a presença de amplo sortimento de práticas e saberes exige uma composição organizacional capaz de manejar os problemas que brotam do ventre dessa pluralidade, como as dificuldades na comunicação, na demarcação das fronteiras profissionais e nas assimetrias entre as disciplinas. Dessa feita, a ampliação do leque assistencial suscita a necessidade de aprimoramento dos mecanismos de diálogo entre os profissionais e de tornar os espaços coletivos favoráveis à elaboração dos conflitos afetivos e inconscientes, posto que, do contrário, avoluma-se o risco de fragmentação (VASCONCELOS, 2010).

CONCLUSÃO

O tratamento de pacientes psicóticos agudos, deve envolver a particularidade de cada caso, na escuta e no respeito ao paciente e as novas estratégias de

intervenção sobre o campo social e clínico, tais aspectos são recursos valiosos no tratamento clínico e na reabilitação psicossocial.

O trabalho multiprofissional no ponto de atenção hospitalar é de extrema importância, além da ajuda da família que deve ser orientada sobre o tratamento e se integrar aos profissionais de saúde para ajudarem o paciente em seu tratamento.

Ao longo desse estudo foi possível descrever a atuação do psicólogo no atendimento ao psicótico agudo e as intervenções realizadas, atentando especialmente ao contexto em que o paciente com psicose aguda está inserido, a saber, setores de saúde mental em hospital geral e o contexto para onde retornará especificamente a comunidade e ao seio de sua família. Essas intervenções psicológicas estão de acordo com os pressupostos da reforma psiquiátrica, que visam o atendimento humanizado em redes de atenção psicossocial com internações breves e reinserção ao contexto social e familiar.

Palavras-Chaves: intervenções psicológicas; psicótico agudo; ponto de Atenção Hospitalar.

REFERÊNCIAS

CARVALHO, I, S. A clínica da Psicose na Clínica do CAPS: Reflexões a partir das perspectivas do paciente, da sua família e de profissionais que o atendem num CAPS de São Luís (MA). *Dissertação de Mestrado*. UNB- Brasília, 2008.

CARVALHO, I; COSTA, I; MALUSCHKE, J. Psicose e Sociedade: interseções necessárias para a compreensão da crise. *Rev. Mal-Estar e Subjetividade*, v.7, n.1, Fortaleza, mar/2007.

FORMIGON, A. B., LEITE, J.T., FONSECA, B. R. Pacientes Psicóticos: Tratamento em Instituições de Saúde. *Psicologia Revista Eletrônica Científica.* Disponível em: <http://faef.revista.inf.br/imagens_arquivos/arquivos_destaque/DHXmfBEltF82JTH_2014-4-16-0-29-6.pdf>. Acesso em 28 mar 2018.

LOUZÃ, M. Manejo clínico do primeiro episódio psicótico. *Rev. Bras. Psiquiatr*. vol.22, s.1, São Paulo-SP, Mai 2000.

MANUAL DIAGNÓSTICO E ESTATISTICO DE TRANSTORNO MENTAL. DSMV, 5ª edição, Porto Alegre: Artmed, 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. CID-10 Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. 10ª rev. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1997. vol.2. 6.

RINALDI, D; LIMA, M.C. Entre a clínica e o cuidado: a importância da curiosidade persistente para o campo da saúde mental. 4(6), *Mental Barbacena*, v. *IV*, n. *6*, p. *53-68*, *2006*. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=42000606>. Acesso em 26 Abr. 2018.

SANTOS, A. D.; RODRIGUEZ, S. Y. S.; FAY, E. M. Grupoterapia com pacientes psicóticos: relato de uma experiência. *Rev. SBPH*, vol.17, n..2, Rio de Janeiro, dez/2014. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582014000200009 >. Acesso em: 22 maio de 2018.

VASCONCELLOS, Vinicius Carvalho de. Trabalho em equipe na saúde mental: o desafio interdisciplinar em um CAPS. SMAD, *Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog*. (Ed. port.), Ribeirão Preto, v. 6, n. 1,p. 1-16, 2010. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762010000100015&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 24 mai 2018.

III CONGRESSO DE PSICOLOGIA: as diversas faces do cuidar.
De 26 a 28 de abril de 2018. Belém – PA/
HANGAR – Centro de Convenções da Amazônia
Volume 03 – ISSN: 2526-527X
CADERNO DE TRABALHOS COMPLETOS
http://revistas.unama.br/index.php/anaispsicologia/index

ASSOCIAÇÃO DE ESTÁGIOS DEPRESSIVOS A EVENTOS CIRÚRGICOS: CONTRIBUIÇÕES DA PSICOLOGIA HOSPITALAR

BEZERRA, Izabella
izabellasouzab@gmail.com
LEBREGO, Arina
NASCIMENTO, Gabriela
MALCHER, Carolina

INTRODUÇÃO

O termo *Psicologia Hospitalar* é exclusivamente brasileiro e faz referência à área da psicologia que irá tratar dos aspectos psicológicos que giram em torno do adoecimento no contexto hospitalar, não somente de doenças psicológicas. Como afirma Simonetti (2004) em seu manual de psicologia hospitalar, que toda doença abrange também aspectos psicológico, ocorrendo em cada indivíduo de maneira subjetiva. A atuação do psicólogo será voltada para a tríade paciente-família-equipe, objetivando a facilitação da comunicação entre os mesmos e o auxílio no enfrentamento de situações, visto que é possível que a família e a própria equipe sofram diante de determinadas circunstâncias, mesmo que haja um movimento de negação.

A depressão consiste em um quadro psiquiátrico caracterizado por humor triste, vazio ou irritável, acompanhado de alterações somáticas e cognitivas consequenciando em um prejuízo no funcionamento do indivíduo (DSM 5, 2013). Vale ressaltar que, dentro de uma instituição hospitalar, a depressão se encontra como um subdiagnóstico entre as reações psíquicas mais delicadas que ocorrem em torno do adoecimento no nível físico, o qual demanda atenção e manejo diferenciado por parte do psicólogo.

O quadro depressivo em pacientes internados contribui para o agravamento das doenças que culminaram em sua hospitalização, pois, em sua maioria, há um desinvestimento na saúde, baixa colaboração aos procedimentos médicos, desmotivação, passividade, desânimo, desesperança, agressividade, entre outros.

Há casos em que o indivíduo já não deseja mais a melhora de seu quadro de saúde, tanto pelo fato de não estar em um fluxo de investimento em si mesmo, quanto por agudo sofrimento e desejo de cessação do mesmo.

O cuidado com pacientes que apresentam quadros depressivos requer o controle ambiental em que o paciente está exposto, sendo ele tanto o propiciador de estímulos aversivos que contribuem para a piora do quadro, como também o fornecedor de elementos que o indivíduo busca para cessar a dor de maneira disfuncional e nociva. Em relação à submissão a procedimentos cirúrgicos, as inquietações que envolvem o processo voltam-se para questões como a perda definitiva ou temporária da autonomia e os impactos sobre a autoimagem do paciente.

Outro elemento que deve ser levado em consideração são as crenças que giram em torno dos procedimentos em que o paciente será ou foi submetido, tais como a ideia de que irá ficar debilitado ou até mesmo falecer. Em muitos casos, há uma falha na comunicação entre a equipe, o paciente e a família, seja por causa da não compreensão da linguagem em que se comunicam tais procedimentos, ou pela presença de mecanismos psicológicos de defesa que contribuem para o estado de negação das circunstâncias em que estão vivenciando.

Destacada a relevância dos cuidados psicológicos à pacientes internados que foram ou serão submetidos a eventos cirúrgicos, o presente estudo tem como objetivo: verificar a ocorrência de quadros depressivos nas enfermarias de clínicas cirúrgicas em hospitais gerais e apontar a importância e as contribuições da psicologia na intervenção de tais casos.

METODOLOGIA

Foi realizado um levantamento bibliográfico com o objetivo de verificar a ocorrência de quadros depressivos nas enfermarias de clínicas cirúrgicas em hospitais gerais. A partir do levantamento bibliográfico realizado, foi possível a elaboração de duas categorias qualitativas: 1) Associação de estágios depressivos a eventos cirúrgicos; 2) Intervenções possíveis da psicologia. Tais categorias

direcionaram a pesquisa para que a mesma cumprisse com o objetivo proposto, englobando pontos relevantes para a proposta do trabalho.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

A literatura destaca que, dentre os pacientes internados em hospitais gerais, 20% a 60% dos casos apresentam transtornos no humor. A depressão é o transtorno identificado com maior frequência, a qual, através de pesquisas brasileiras, destaca-se com uma porcentagem de 19% a 50% de ocorrências da doença. A variação destes percentuais dependerá de aspectos sociodemográficos e características peculiares do sujeito e da enfermidade presente.

O grau de manifestação das doenças psicológicas, não está diretamente proporcional ao grau de agressividade da doença em que o indivíduo apresenta. As reações diante da enfermidade ocorrem das mais variadas formas. Além das influências culturais, familiares e de relações grupais, os aspectos subjetivos também irão determinar a forma como o sujeito irá lidar com a situação, seja ela funcional ou não.

Algumas das características do estado depressivo dos pacientes são passíveis de serem confundidas com o diagnóstico, sendo elas, de acordo com o DSM 5 (2013): perda ou ganho significativo de peso, insônia ou hipersonia, agitação ou retardo psicomotor, fadiga ou perda da energia, falta de ar, entre outras. A ocorrência de tais sintomas, considerando alguns quadros em que o paciente se encontra debilitado, agravam sua condição, podendo dificultar também o diagnóstico de determinadas doenças.

Simonetti (2004), em seu manual, segue a orientação de Kubler-Ross, que pontua dois diferentes tipos de depressão: reativa e preparatória, as quais mostram-se relevantes para o estudo e entendimento dos processos psicológicos que envolvem os métodos cirúrgicos.

DEPRESSÃO REATIVA

O primeiro tipo faz referência a reação às perdas ocasionadas pela doença, seja de sua autonomia, da autoestima ou físicas. No caso de pacientes que passam por procedimentos cirúrgicos, os quais deixam sequelas, é possível encontrarmos

exemplos da depressão reativa, visto que há mudanças na vida do paciente, em sua maioria abruptas. A mudança da rotina, nas atividades da vida diária e do cotidiano podem contribuir para o quadro depressivo, bem como as mudanças a nível estético, como, por exemplo, cicatrizes e amputações.

DEPRESSÃO PREPARATÓRIA

Esta segunda categoria diz respeito às perdas que ainda estão por vir, sejam elas estéticas, da autonomia e até mesmo da vida. O paciente entra em um movimento de preparação para perder aquilo que possui grande valor para si. Nesse momento, podem ser observadas as características descritas acima relacionadas à desesperança e desinvestimento em si mesmo.

INTERVENÇÕES POSSÍVEIS DA PSICOLOGIA

A psicologia hospitalar irá tratar das manifestações psicológicas ligadas ao adoecimento, como afirma Simonetti (2004), as quais se relacionam diretamente ao quadro clínico, agravando, mantendo e/ou desencadeando-o. Dessa forma, o psicólogo deve estar atento às interações relacionais e ambientais, as quais o paciente exerce no período de sua internação. O trabalho irá incluir, além da família e equipe, as condições da estrutura a qual se encontra internado e a mudança de sua rotina, a qual, muitas vezes, causa desconforto e/ou sofrimento.

Para o planejamento da intervenção, o psicólogo dispõe de um roteiro de entrevistas para avaliações psicológicas que o auxiliam na coleta de dados do paciente, as quais são imprescindíveis para a prática do profissional. As questões fazem referência ao nível de consciência e orientação (no tempo e espaço) do paciente, aderência ao tratamento, histórico de internação e de doenças psicológicas, uso de psicotrópicos, conhecimento sobre o tratamento, transtornos associados, crenças e sentimentos sobre a doença e sobre o hospital, entre outros elementos relevantes para a prática terapêutica.

Lopes & Amorim (2004), destacam no livro *A prática da psicologia hospitalar na Santa Casa de São Paulo: novas páginas de uma antiga história,* diretrizes de avaliação psicológica em enfermarias, com questões que voltam-se para a investigação dos seguintes elementos: condição psíquica atual do paciente;

correlação entre o estado psíquico atual e sua situação médica; condição emocional prévia (estrutura e dinâmica de personalidade); situação psicossocial e ambiental.

Frente ao quadro de depressão reativa, o psicólogo poderá trabalhar com as crenças que giram em torno das perdas. Neste caso, pode ser investiga o quanto a pessoa crê em tais concepções e quais sentimentos surgem a partir disso. Após a investigação, pode ser trabalhada a flexibilização de tais pensamentos, objetivando auxiliar o paciente a encontrar diferentes formas de pensar e agir diante da situação na qual se encontra e transformar os sentimentos e emoções delas derivadas.

Em relação ao quadro de depressão preparatória, não cabe trabalhar com intervenções otimistas, visto que a possibilidade de ocorrência de consequências aversivas é real, não cabendo ao psicólogo desmistificar questões que são passíveis de ocorrerem. Nesses casos, é necessário deixar que o paciente se expresse, pois é através da fala que o mesmo irá se organizar e elaborar o conteúdo de sua situação. É importante também validar o discurso do indivíduo, mesmo que não tenha uma lógica aparente, pois, para o mesmo, é a realidade que está vivenciando subjetivamente, de caráter singular.

Simonetti (2004) afirma que, diante da depressão preparatória, as pessoas tendem a pedir que o indivíduo assuma uma postura mais otimista frente ao seu quadro, e que tal comportamento configura a incapacidade de se tolerar a fisionomia de sofrimento por períodos prolongados. Diante disso, o autor alega que “se deixarmos que o paciente exteriorize o seu pesar ele aceitará mais facilmente a situação e ficará agradecido aos que puderam estar com ele nesse estado de depressão sem repetir constantemente o ‘não fique triste’”.

Algumas das relevantes ferramentas que a psicologia dispõe para o auxílio aos pacientes são as escalas e inventários de averiguação e avaliação psicológica de transtornos mentais. O *Inventário Beck de Depressão* (BDI) é um exemplo de ferramenta, exclusiva da psicologia, que auxilia o profissional na coleta de dados e planejamento da intervenção, levando em consideração a especificidade do modo como o indivíduo lida com a depressão.

Tal inventário divide-se em 2 escalas, uma voltada para a ansiedade e outra para a depressão, sendo esta última designada para aferir o grau de agressividade

do quadro depressivo em determinado indivíduo, através da aplicação de um questionário com 21 itens que fazem referência aos sintomas da doença, os quais possuem, cada um, múltiplas escolhas para respostas, quantificadas de 0 à 3 pontos que, ao final da aplicação, serão somados e avaliados de acordo com uma escala para obter resultados entre: leve, moderado e grave.

A escala HAD (Hospital Anxiety and Depression), assim como o Inventário Beck, também possui 2 subescalas para a avaliação das duas doenças. A subescala destinada ao transtorno depressivo contém 7 questões com pontuações que vão de 0 a 21, os quais, após a somatória, irão apontar para resultados que indicarão o grau de gravidade dos sintomas, podendo ser: leve; leve, mas clinicamente significante; moderada e; grave.

Botega *et al*. (1995), realizaram estudos utilizando a escala HAD que objetivou identificar o número de ocorrência de quadros de ansiedade e de depressão em adultos, além de definir a adequação e a validação da escala nesse contexto. O estudo foi desempenhado em um hospital geral, o qual comportava 600 leitos e localizava-se em uma região com 2,5 milhões de habitantes. Foi possível evidenciarem o grande auxílio na detecção de casos de transtornos do humor que a escala pode proporcionar e destacaram a necessidade do tratamento adequado aos transtornos psicológicos.

Em pesquisas realizadas por Lima *et al*. (2005), as quais utilizaram-se do *Inventário Beck de Depressão* (BDI), entrevistaram cento e vinte pacientes adultos internados em enfermarias clínicas (gastroenterologia, nefrologia e pneumologia) e cirúrgicas (ortopedia, cardiologia e neurologia) em um hospital geral de ensino, objetivando identificar o quadro depressivo em pacientes clínicos e cirúrgicos internados e comparar os dados obtidos nos dois grupos.

Não houve critério para escolha dos participantes, porém, para que fossem incluídos no estudo, os mesmos deveriam ser pacientes provenientes do Sistema Único de Saúde (SUS), com um período de internação entre 7 a 15 dias, além de apresentarem condições físicas para responderem ao inventário de depressão e concordar com a participação da pesquisa.

O estudo concluiu que há necessidade em voltar o foco aos pacientes clínicos e cirúrgicos, pois, a pesquisa revelou que dentre os cento e vinte pacientes internados em enfermarias, foi detectada a presença de sintomas de depressão em 75 dos pacientes, sendo 40 (53,33%) pacientes clínicos e 35 (46,66%) cirúrgicos. Negligenciar o surgimento desse transtorno, segundo os autores, é colaborar para a piora do quadro de outras doenças apresentadas e aumentar as chances do risco de morte.

CONCLUSÃO

A partir do levantamento bibliográfico foi constada a importância do tratamento psicológico a pacientes que apresentam quadro depressivo associados a eventos cirúrgicos. Entende-se o sintoma como uma reação psíquica frente ao quadro, sendo necessário a compreensão de tais aspectos para a compreensão das condições em que o paciente se encontra e para a efetuação do tratamento terapêutico.

Apesar de terem sido feitas grandes descobertas acerca da importância da intervenção psicológica no âmbito hospitalar, ainda há uma escassa quantidade de pesquisas e produção de conhecimentos científicos na área. A denominação Psicologia Hospitalar é exclusivamente brasileira, sendo ela atuante apenas nos níveis secundários e terciários de atenção à saúde.

Pontua-se a produção de materiais científicos sobre o papel, atuação e contribuições do psicólogo na área da saúde, mais especificamente no âmbito hospitalar, como grande contribuinte na conquista do espaço do profissional no ambiente hospitalar e no auxílio a estudantes e profissionais atuantes para a preparação para atuação e aprimoramento de suas práticas.

Um dos grandes desafios atualmente, ainda é a busca da conquista do lugar de importância do profissional da psicologia. Mesmo após a comprovação da significativa ajuda que o serviço psicológico proporciona na melhora do quadro de pacientes internados, ainda há muito a se fazer no que diz respeito a transposição de um modelo biomédico para um mais humanizado, considerando os aspectos biopsicossociais dos indivíduos.

REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION et al. DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. Artmed Editora, 2014.

BOTEGA, N. J., BIO, M. R., ZOMIGNANI, M. A., GARCIA Jr, C., e PEREIRA, W. A. 1995. Transtornos do humor em enfermaria de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. *Revista de Saúde Pública*, *29*, 359-363.

LIMA, M., COLOGNESI, L., DOMINGOS, N. A. M., MIYAZAKI, M. C. O. S., E VALÉRIO, N. I. (2005). Depressão em pacientes clínicos e cirúrgicos internados em hospital geral. Arq de Ci & Saúde, 12(2), 63-6.

RODRIGUES, R. T. S.; LIMA, M. G. S.; AMORIM, S. F. A prática da psicologia hospitalar na Santa Casa de São Paulo: novas páginas de uma antiga história. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

SIMONETTI, A. Manual de Psicologia Hospitalar. São Paulo: Ed. Casa do Psicólogo, 2004.

III CONGRESSO DE PSICOLOGIA: as diversas faces do cuidar.
De 26 a 28 de abril de 2018. Belém – PA/
HANGAR – Centro de Convenções da Amazônia
Volume 03 – ISSN: 2526-527X
CADERNO DE TRABALHOS COMPLETOS
http://revistas.unama.br/index.php/anaispsicologia/index

O LUGAR DA PSICANÁLISE NAS RUAS

BRITTO, Louise Laura Rocha
PONCIANO, Altiere Duarte
LEÃO, Lucas Dourado
SOUZA, Livia Bentes de
VASCONCELOS, Ana Carolina Peck

INTRODUÇÃO

A psicanálise comumente é atrelada a consultórios particulares e consequentemente a imagem do divã, sendo este um símbolo dessa linha em sua prática. Porém, com a crescente demanda por escuta e acolhimento de indivíduos excluídos do alcance de instituições tradicionais, como é o caso de grande parte da população de baixa renda em nosso contexto social, sugere-se que a psicanálise possa enveredar por *novos* caminhos em cuidado.

Este *mais além* do *setting* clássico, diz respeito ao encontro nos espaços públicos das ruas justamente por suas características eminentemente ligadas ao sofrimento psíquico expresso em urgência subjetiva. Por urgência subjetiva, compreende-se o sofrimento psíquico envolto num estado de crise, ocasionado por demandas diversas e com pedidos imediatos em acolhimento. O dispositivo utilizado para atender as demandas da urgência subjetiva de cada sujeito, é a escuta (CALASANS E BASTOS, 2008).

Ainda para Calasans e Bastos (2008, p. 641):

> O dispositivo consiste, inicialmente, em acolher a criança, adolescente ou adulto e extrair, através de uma escuta diferenciada, aquilo que permaneceu em estado de intenso embaraço ou esmagamento do sujeito ou, em alguns casos, o que foi transformado em puro ato com a subtração da palavra. Essa quebra do discurso revela o que é insuportável e sem mediação para o sujeito, levando-o algumas vezes à passagem ao ato, o que coloca em risco sua existência e a dos outros.

Esta definição, sobre a escuta da urgência subjetiva, permanece inalterada no contexto das ruas, mas com o adendo de um estado crítico de abandono, no qual, nem nossas instituições parecem propor um alcance, nem a rua permite algum amparo.

A população moradora de rua anteriormente era constituída por pessoas com transtornos psiquiátricos crônicos, mas nos dias de hoje vivem na rua, também, pessoas empregadas ou não, trabalhadores com suas famílias e um crescente número de menores de idade tanto do sexo masculino, quanto do feminino (BROIDE, 1992). Essa nova configuração da população de rua demonstra o quanto é imprescindível a entrada da psicanálise no circuito inferior.

Para Broide (1992, p. 3):

> Cabe ressaltar, no entanto, que também no caso da psicanálise, a superestrutura decorrente de uma economia capitalista, periférica e dependente produz um colonialismo científico e cultural, que impede e aliena muitos estudantes e profissionais da área da saúde mental, de acessarem a realidade, e consequentemente, aos instrumentos teóricos e práticos que possibilitem uma práxis mais abrangente. A psicanálise, inegavelmente, tem-se desenvolvido, produzido e atuado, na maior parte dos casos, no e para o Circuito Superior, dentro do modo de vida uniforme das camadas médias e altas dos grandes centros dos países centrais e das metrópoles do terceiro mundo.

Diante dessas características, cabe o questionamento de qual lugar a psicanálise ocupa nas ruas e o que a mesma faz em relação a esse sintoma chamado rua. Devido a isso, é relevante considerar a escolha do presente tema a partir da experiência previamente obtida por uma das autoras, no período de setembro de 2017 até a junho de 2018, como plantonista do projeto de extensão intitulado *Psicologia nas Ruas* vinculado a Fortiori Consultoria em Psicologia. A prática neste, serviu de inspiração para o desenvolvimento desta pesquisa teórica.

Além disso, verifica-se a escassez de material que problematize a escuta psicanalítica fora do contexto institucional tradicional.

OBJETIVOS

Este trabalho tem como objetivo geral caracterizar o processo de urgência subjetiva das pessoas que procuram escuta nas ruas. E como objetivos específicos, buscou-se descrever a relevância dessa escuta, bem como, analisar o processo de transferência que acontece entre psicanalista e sujeito.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica. Neste contexto, Lima e Mioto (2007) apresentam a pesquisa bibliográfica como um processo metodológico que se apresenta ao pesquisador como uma alternativa na busca de soluções para seu problema de pesquisa. Esta deve se limitar a questão que foi escolhida pelo pesquisador, servindo como modo de adentrar no assunto.

Desta forma, além de delinear um histórico sobre o objeto de estudo, a pesquisa bibliográfica também ajuda a identificar incoerências e respostas anteriormente encontradas sobre as perguntas estabelecidas (LIMA E MIOTO, 2007).

Neste sentido, foi realizado um levantamento bibliográfico, nos artigos das principais bases de dados Scielo, PePSIC a partir das palavras-chaves, Urgência Subjetiva; Transferência; Escuta Terapêutica e Psicanálise nas Ruas.

DICUSSÕES

Foram encontrados 35 artigos relacionados com as palavras chaves utilizadas, porém, somente 5 foram aproveitados de acordo com o tema e objetivos do trabalho. Dentre estes artigos, foi possível constatar que todos relatam sobre a urgência subjetiva em contextos institucionais, tornando relevante pesquisas atuais acerca desse processo fora das instituições.

A urgência subjetiva é um sintoma social, uma apresentação de sofrimento atual e não ocorre somente dentro de hospitais ou de outras instituições (BERTA, 2016). Através do levantamento de artigos e da escassez de material sobre o tema proposto, levantou-se a hipótese de que algumas questões devem ser

discutidas e trabalhadas, entre as quais: qual lugar a psicanálise ocupa fora das instituições? De qual forma a escuta terapêutica ocorre nas ruas e como se estabelece a transferência nesse processo?

A urgência em psicanálise é um tema inerente a prática psicanalítica. Frequentemente, acolhem-se pessoas que passam por um momento de crise no qual os recursos que elas têm para dar conta da sua existência se desestabilizam. Trata-se de um ofuscamento da realidade psíquica (BERTA, 2016). Neste contexto, é possível verificar que nas situações de rua, a urgência subjetiva comparece na fala de cada sujeito escutado e mostra-se tão urgente que mesmo fora do *setting* clássico se estabelece a transferência do sujeito para com o analista, pois esta é um vínculo afetivo intenso, automático e independente de todo o contexto de realidade (FREUD, 1912/1976).

Cada urgência tem a sua singularidade, a qual prescinde de universalização. Desta forma o singular de cada urgência ao plano da fala é uma orientação para o que terá de fazer operar o analista ao acolher alguém que está clamando por ser escutado.

Sobre a transferência, sabe-se que através dela se inicia a análise e seu manejo é de suma importância. Porém, a transferência fora das instituições se estabelece de maneira diferente, pois é importante compreender como vivem, moram e trabalham as pessoas que circulam em um dado espaço geográfico. A escuta psicanalítica nas ruas, articula-se a esse conhecimento e abre portas para uma contemplação sobre a vida do sujeito (BROIDE, 2016).

Segundo Broide (2016), a psicanálise tem a possibilidade de ser aplicada a qualquer situação social, englobando a situação do “mundo da rua”, pois esta é um espaço não apenas da vida pública, mas cotidianamente implicado em morte. Neste sentido, as ruas podem ser consideradas como porta-vozes de um mal-estar fundante da nossa cultura do (sobre)viver na cidade. Ainda para o referido autor, o vínculo terapêutico torna-se ameaçador para os sujeitos em situações de rua.

Para Freud (1912/1976), a transferência, na análise, aparece como a maior força de resistência e ao mesmo tempo é o que move o tratamento analítico.

O papel que a transferência desempenha no tratamento só pode ser explicado se entrarmos em contato com a sua relação com a resistência.

Neste sentido, como a transferência é a maior resistência para a análise por esta trazer à tona conteúdos inconscientes do sujeito, no vínculo terapêutico estabelecido nas ruas, são depositadas as histórias de perdas e violências desses sujeitos, que muitas vezes são insuportáveis, e fazer emergir tais conteúdos pode causar um desconforto igualmente insuportável, criando barreiras e dificuldades e mesmo com a transferência estabelecida entre psicanalista e sujeito, pode ocorrer resistência ou até uma transferência negativa.

O estar nas ruas, assim como todas as condições sociais limites demandam do sujeito uma defesa intensa contra a perda, contra o medo, contra a dor e contra o desamparo. Esse processo de preservação tem uma dupla face. A primeira propicia a vida ao consentir uma adaptação a situações inimagináveis. A segunda leva o sujeito para a morte visto que obstrui a capacidade deste de refletir sobrea sua história de vida, fazendo-o remeter á um comportamento silencioso em um meio tomado pela violência (BROIDE, 2006).

De acordo com Broide (2006, p. 6):

> Por outro lado, o trabalho clínico faz o sujeito conectar-se consigo mesmo e tem por consequência inevitável o deparar-se com situações extremamente dolorosas. Essa dinâmica faz as crianças e a população de rua, como um todo, viverem uma intensa ambivalência na relação transferencial já que o pedido de ajuda significa uma diminuição da defesa contra a dor.

A partir da citação de Broide, compreende-se o porquê da transferência, no caso da população de rua, ser ambivalente. Além de trazer à consciência conteúdos dolorosos e indesejáveis, é através da fala, ao repetir e elaborar tais conteúdos, que o sujeito perde aos poucos seus mecanismos de defesa contra a dor e as situações angustiantes vivenciadas nas ruas.

Deve-se considerar ainda que assim como ocorre a transferência, em alguns casos pode ocorrer também a contratransferência. Para Roudinesco e Plon (1998), o conceito de contratransferência é descrito como um conjunto de

manifestações do inconsciente do analista relacionadas com as transferências de seu paciente.

Em 1910 na sua obra *"As perspectivas futuras da terapia psicanalítica"*, Freud fala que a contratransferência surge como resultado da influência do paciente sobre os sentimentos inconscientes do analista. Portanto, psicanalista algum progride além do que permitem seus próprios complexos e resistências internas.

Segundo Broide (2006, p. 20):

> O profissional que entra em contato direto com a população de rua depara-se com situações muito mobilizadoras que são a morte, a sujeira, as doenças da pele, o cheiro, a degradação humana e o desastre sempre iminente. Defronta-se com a máxima exclusão e a cobrança implícita ou explícita do sujeito atendido por uma solução urgente.

As mazelas escutadas e observadas nas ruas pode causar ao analista um sentimento de impotência diante dessa população, de forma que o profissional negue o sujeito atendido, evidenciando assim uma forte ambiguidade nessa relação.

CONCLUSÃO

A partir da revisão de literatura e da experiência vivenciada por uma das autoras do trabalho, pôde-se entender a urgência subjetiva que se encontram as pessoas que buscam escuta nas ruas, pois mesmo sem conhecer o profissional que está ali para escutá-lo, o sujeito consegue falar sobre si, de suas dores e vivências, o que torna a escuta analítica relevante nesse contexto e mostra que a psicanálise aplica-se a qualquer situação social, englobando as ruas, e busca entender o que significa estar nas ruas para a população marginalizada que vivem e sobrevivem nela. Dessa forma, demonstra-se a possibilidade de ocorrer o processo transferencial mesmo fora dos consultórios ou das instituições tradicionais e apesar da transferência ser permeada pela resistência, esta é estabelecida.

Pois, segundo Broide (2006), pode-se inferir que o sujeito mesmo sem ter a menor ideia do que é um psicólogo ou um psicanalista, imediatamente entende que a conversa que lhe é proposta é bastante diferente do que já conhece por parte

de outras figuras sociais do espaço urbano, sejam eles pares, religiosos, policiais, traficantes e etc. Ele reconhece que se trata de um outro registro: a escuta psicanalítica, e demonstra seu desejo e sua demanda nessa relação, trazendo material considerável sobre suas vidas.

No contexto social atual do Brasil, faz-se necessário buscar soluções particulares para problemáticas que ultimamente tornam-se cada vez mais agudas. Assim, nas pesquisas realizadas e nos conceitos abordados, demonstra-se a necessidade de a psicanálise tomar seu lugar nas ruas, fora das instituições, onde emergem diversas demandas para serem trabalhadas, como o medo de sobreviver nas ruas, a falta de condições físicas, espaciais e psíquicas que essas pessoas se encontram, entre outras urgências subjetivas, visto que a população que constitui os espaços públicos vem crescendo e se modificando, como já abordamos. Indivíduos distintos e com motivos diversos compõem a população de rua e não apenas aqueles com algum transtorno psiquiátrico crônico. Isto, pois mesmo sem o espaço clássico, existe transferência e possíveis formas de manejo para a urgência subjetiva dos sujeitos nesse contexto.

Faz-se necessário, ao analista, um entendimento distinto do que é a rua. Para Broide (2006), ao trabalharmos na rua nos encontramos com conteúdos manifestos, com o explícito. Porém, o manifesto, aquilo que todos enxergam, sempre encobre conflitos latentes, é algo que, ao mesmo tempo em que se mostra, também encobre algo que está escondido, o verdadeiro conteúdo existente. Sendo assim, o desafio do psicanalista é alcançar não apenas o que está vendo, mas aquilo que está implícito e tendo a compreensão de que o individuo estar em situação de rua é um sintoma.

Desta maneira, o psicanalista é aqui convocado a adotar uma postura de implicação diante destas demandas, buscando estratégias para sustentar seu fazer diante daquele que sofre independente de em que lugar esteja atuando.

REFERÊNCIAS

BERTA, Sandra Leticia. LOCALIZAÇÃO DA URGÊNCIA SUBJETIVA EM PSICANÁLISE. A PESTE: Revista de Psicanálise e Sociedade e Filosofia. v. 7, n. 1, 2016.

BROIDE, Jorge. A Psicoterapia Psicanalítica na rua realizada através de grupo operativo: a rua enquanto instituição das populações marginalizadas. Psicol. cienc. prof., Brasília , v. 12, n. 2, p. 24-33, 1992 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98931992000200005&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 15 de maio de 2018. http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98931992000200005.

_____. A psicanálise nas situações sociais críticas: uma abordagem grupal à violência que abate a juventude das periferias. Dissertação de Doutorado. Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2006.

_____. A psicanálise em situações sociais críticas: metodologia, clínica e intervenções. São Paulo: Escuta, 2016.

CALAZANS, Roberto; BASTOS, Angélica. Urgência subjetiva e clínica psicanalítica. In: Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental, v. 11, n. 4, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlpf/v11n4/v11n4a10>. Acesso em: 14 de março de 2018.

FREUD, S. A dinâmica da transferência. In: EDIÇÃO standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1976, vol. XII, p. 129-143. (Originalmente publicado em 1912).

_____ (1910) As perspectivas futuras da terapia psicanalítica. Publicado em Zentralblatt

FÜR PSYCHOANALYSE [FOLHA CENTRAL

de Psicanálise, Vol. 1, N. 1-1, p. 1-9

ROUDINESCO, E. e PLON, M. Dicionário de Psicanálise. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.

SASSO de Lima, Telma Cristiane; TAMASO Mioto, Regina Célia. Procedimentos metodológicos na construção do conhecimento científico: a pesquisa bibliográfica. Revista Katálysis, v. 10, 2007.

SIMÕES, Carolina Leal Ferreira. A clínica da urgência subjetiva: efeitos da psicanálise em um pronto-atendimento. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2011.

III CONGRESSO DE PSICOLOGIA: as diversas faces do cuidar.
De 26 a 28 de abril de 2018. Belém – PA/
HANGAR – Centro de Convenções da Amazônia
Volume 03 – ISSN: 2526-527X
CADERNO DE TRABALHOS COMPLETOS
http://revistas.unama.br/index.php/anaispsicologia/index

O CASO PIGGLE E A EXPERIÊNCIA DA TRANSFERÊNCIA NA PERSPECTIVA WINNICOTTIANA

BRITTO, Louise Laura Rocha
JATENE, Karyna Saul de Oliveira
VASCONCELOS, Ana Carolina Peck

INTRODUÇÃO

Na clínica psicanalítica é a transferência que possibilita o começo da análise, sendo ela uma condição essencial, pois, à medida que vai se instalando no tratamento psicanalítico vai alcançando um valor mais apurado, sendo o seu manejo de suma importância.

Freud (1912/1980) provocou um avanço incorporando a transferência à teoria da clínica psicanalítica, definindo-a como a via principal para o tratamento e uma repetição necessária ao trabalho de acesso às fantasias recalcadas infantis e ao complexo de Édipo, por tratar-se da reedição dos clichês estereotípicos impressos na constituição do psiquismo do sujeito na primeira infância. Assim sendo, a manifestação da transferência representaria a atualização do inconsciente necessária ao processo psicanalítico, na situação clínica, pois o indivíduo tende a repetir de forma não intencional ao longo da vida as escolhas dos objetos amorosos, devido à influência das experiências afetivas da primeira infância, o que ocorre, inclusive, na relação médico/paciente.

No caso Piggle promovido por Winnicott (1977/1987), veremos como a concepção do que é a relação transferencial foi sendo ampliada, passando por avanços e progressões, na esteira dos desafios clínicos impostos pela segunda tópica e pela urgência de quadros de sofrimento psíquico diferentes das neuroses que granjearam a atenção do criador da psicanálise.

Selecionamos alguns trechos do caso clínico da menina Gabrielle, mais conhecida como Piggle, para mostrar as relações transferenciais ocorridas, demonstrando que os sintomas na criança denunciam falhas no ambiente, além de ressaltar o manejo desvelado do psicanalista para que o tratamento de Piggle tivesse

êxito, baseado em uma psicanálise *partagée*, cuja presença dos pais foi primordial, passando pelo processo de integração e de amadurecimento no estágio de *concern* da criança.

Gabrielle, cujo apelido dado pelos pais era “Piggle”, tinha dois anos e quatro meses de idade, na ocasião em que eles escreveram uma carta ao Dr. Winnicott pedindo ajuda e descrevendo a filha como alguém que costumava brincar o tempo todo, e que se desenvolveu normalmente até os vinte e um meses, quando nasceu sua irmã menor, Susan.

> [...] sempre pareceu muito mais uma pessoa bem formada, dando a impressão de dispor de grandes recursos interiores. Não há muito a dizer sobre sua alimentação que transcorreu de maneira fácil e natural; o mesmo com relação ao desmame. *Foi amamentada no seio materno durante nove meses*. Tinha grande equilíbrio – quase não caía quando estava aprendendo a andar e raramente chorava quando isso acontecia. (WINNICOTT, 1977/1987, p.21).

Deste acontecimento em diante, ocorreram várias mudanças em Gabrielle que passou a apresentar angústias intensas, ansiedades, ciúme da irmã, preocupações que a deixavam acordada à noite, deprimindo-se e aborrecendo-se com facilidade. O tratamento durou por volta de dois anos e oito meses (janeiro de 1964 a outubro de 1966), em um total de dezesseis consultas espaçadas, o que não era comum nos tratamentos psicanalíticos da época e isso aconteceu porque Piggle morava longe de Londres e não tinha como ir diariamente às sessões. A esse tipo de atendimento, Winnicott chamou de: análise “de acordo com a demanda” (1977/1987, p.18). Aqui, percebemos o quanto o psicanalista desejava encaixar-se às necessidades de Gabrielle, através do manejo desvelado da temporalidade do processo terapêutico, o que demonstra o quanto foi precursor e corajoso, inclusive, em um modo próprio de pensar a transferência, uma vez que essa análise é orientada pelo ritmo das necessidades do paciente.

Segundo Winnicott (1977/1987) a mãe de Gabrielle também relatou na carta que o sono da menina era sempre coroado por pesadelos com a “mamãe preta” e com o “bebê-car”, o que fazia com que ela ficasse gritando pelos pais até altas horas da noite. Ademais, a genitora acrescentou que Piggle se recusava a ser ela mesma, dizendo que era a mãe e o bebê, além de, em alguns momentos, falar com uma voz que não era a sua. Assim, vemos que o estado clínico da menina indicava um abalo na sua identidade, como se a sua personalidade e a sua autenticidade pessoal tivessem sido suprimidas.

> [...] A mamãe preta vem atrás dela à noite e diz: “Onde estão os meus *mamás”* (mamar = comer. Apontava, para os seios, chamando-os de mamás e puxava-os para fazê-los maiores). Algumas vezes, a mamãe preta coloca-a dentro da privada. A mamãe preta, que mora em sua barriga, e com quem se pode falar pelo telefone, está sempre doente, sendo difícil tratá-la. (WINNICOTT, 1977/1987, p.22).

Na segunda correspondência, novamente de autoria da mãe, ela inicia destacando a intensidade do sofrimento psíquico da filha e relatando que houve uma piora em seu estado clínico quando comparado com a descrição da primeira carta: “Piggle, agora, quase nunca demonstra qualquer concentração em seus brinquedos e dificilmente admite ser ela mesma.” (WINNICOTT, 1977/1987, p.23). Foi em meio a essa situação, que a mãe contou a Gabrielle que tinha escrito para o Dr. Winnicott, o qual entendia de bebê-cars e mamães pretas; desde então, houve uma mudança clínica na menina que “parou com as suas súplicas noturnas” (*op.cit*. p.23) de que a mãe falasse sobre o bebê-car, pedindo, duas vezes que a mãe a levasse ao psicanalista. Chama-nos atenção sobre o modo com que a genitora apresenta o Dr. Winnicott à filha, como alguém competente e com experiência para auxiliá-la por entender dos seres que a atormentavam, surgindo como uma pessoa em que a mãe confiava, o que fez com que Gabrielle respondesse com uma mudança, passando a colocar o psicanalista no seu horizonte experiencial como alguém confiável e

posicionando-o como um objeto subjetivo, que levou esperança e segurança a ela. Eis aqui uma evidência da transferência que a mãe dirige ao analista.

OBJETIVO

Investigar a relação transferencial estabelecida no caso clínico da menina Gabrielle (Piggle) e como esta contribuiu para o tratamento da paciente.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa psicanalítica, que utilizou a proposta de análise de trechos das consultas do caso Piggle, articulando-os à Teoria Winnicottiana.

DISCUSSÃO

Na primeira consulta, Gabrielle estava séria e sem vontade de entrar na sala do psicanalista, dizendo a mãe “Eu sou tímida demais! ” (WINNICOTT, 1977/1987, p. 25). Assim, a genitora também foi chamada para entrar na sala com a criança sob a recomendação de não ajudar em nada. A partir daí Winnicott sentou-se no chão para brincar com os brinquedos dizendo a Piggle: “Traz o ursinho para cá. Quero mostrar-lhe os brinquedos” (*op.cit*., p.25) e logo ela começou a brincar com eles.

> A psicoterapia se efetua na sobreposição de duas áreas do brincar, a do paciente e a do terapeuta. A psicoterapia trata de duas pessoas que brincam juntas. Em consequência, onde o brincar não é possível, o trabalho efetuado pelo terapeuta é dirigido então no sentido de trazer o paciente de um estado em que não é capaz de brincar para um estado em que o é. (WINNICOTT, 1971/1975, p. 65).

Aqui se estabelece a primeira comunicação entre os dois, pois Winnicott através da técnica do brincar pretende ampliar o leque de recursos que podem ser utilizados, objetivando que Gabrielle relaxe, experimente liberdade para criar e para constituir-se, a fim de haver a integração do *self,* o que só é possível através de uma relação de confiança, que foi notabilizada na transferência de Piggle com o psicanalista.

Após o estabelecimento do *holding* efetuado na consulta terapêutica com Piggle, “ela começou a falar da época em que o bebê Sush nasceu, tal como ela a

lembrava [...]" (WINNICOTT, 1977/1987, p.26), ratificando nesse aspecto o quanto o brincar, vivido como uma experiência criativa, propiciou que a menina se sentisse livre para falar, contribuindo para que fosse firmada a relação de confiabilidade entre ela e o analista.

De acordo com Winnicott (1971/1975), a transferência através do brincar, é uma forma do adulto, por intermédio do fazer de conta, possibilitar que os acontecimentos do passado, presente e futuro da criança possam emergir, apontando para onde está a falta e provocando experiências que modificam. Nesse aspecto, o *holding*, o manejo e a apresentação do objeto são essenciais para o enquadre psicanalítico. Assim, percebemos que foi nesse espaço potencial desenvolvido por Winnicott, que ele contemplou as necessidades da paciente, dando a direção do manejo na clínica.

Quando Gabrielle afirma ser tímida, segundo Winnicott, isso "é uma evidência de força e organização do ego, e do estabelecimento do analista como uma pessoa papai" (1977/1987, p.30), pois o que fica demonstrado é que ela tem capacidade de falar em nome de si mesma ao dizer "eu sou", o que confirma a existência de uma saúde essencial na menina e de estar vinculada ao estágio de *concern,* mesmo que os sintomas parecessem preocupantes. Para o psicanalista "os problemas começaram com a chegada de um novo bebê, o que forçou Piggle a um desenvolvimento prematuro do ego" (*op.cit*., p.30). Vemos aí que isso configura a dificuldade no desligamento da mãe, pois o processo de integração da menina não estava completamente conquistado e encontrava-se ainda se desenvolvendo, motivo pelo qual a gravidez da mãe foi sentida como falha ambiental, acarretando um problema de desintegração. Assim, depois de um momento inicial do tratamento, em que defesas mais primitivas se organizaram no lugar das que entraram em crise, o Dr. Winnicott (1977/1987) desenvolveu, através do manejo cuidadoso, o resgate de uma série de estágios de maturação, que já haviam sido vividos antes da segunda gravidez da genitora de Piggle.

Ademais, o estabelecimento do analista como a figura simbólica da "pessoa papai" demonstra para Winnicott (1977/1987) a transferência paterna no sentido do Complexo de Édipo, fato bastante relevante, uma vez que, pelas palavras da mãe

quando ela escreve a primeira carta ao psicanalista revela que Gabrielle “desde muito cedo demonstrou sentimentos muito apaixonados com relação ao pai e certa arrogância com relação à mãe” (1977/1987, p. 21). Depois disso, Winnicott (1977/1987) complementa que ele tinha associado à ideia da “mamãe preta” à rivalidade de Piggle com a mãe, “uma vez que ambas amavam o mesmo homem, o papai. Sua ligação profunda com o pai era bem evidente, por isso eu me sentia bastante seguro ao fazer essa interpretação. ” (WINNICOTT, 1977/1987, p.27), demonstrando que através do manejo e das relações transferenciais estabelecidas, ele conseguiu chegar ao ponto chave, desvendando o enigma que envolvia Piglle.

Na segunda consulta, Gabrielle ressalta que “o ursinho queria voltar para Londres e brincar com o Dr. Winnicott” (WINNICOTT, 1971/1975, p. 29). Neste caso o modo claro com que a menina manifesta o desejo de brincar do ursinho, que era seu objeto transferencial, e, inconscientemente também a própria paciente, mostra a confiabilidade que ela já tinha estabelecido com o analista, indicando uma relação transferencial positiva. Segundo Freud (1912/1980) a transferência positiva é a maior aliada do tratamento, pois o analista constata o investimento do analisando no angustiante processo terapêutico e consegue a ascendência necessária para as suas intervenções, baseando-se nos aspectos da confiança, afeto e cooperação. No caso de Piggle fica evidenciado que o Dr. Winnicott conseguiu, desde o início do tratamento, estabelecer um vínculo agradável com a menina, que mostrou entusiasmo com ele; Piggle podia expressar sua criatividade numa relação de confiança.

Assim, de acordo com Plon & Roudinesco (1998), a teorização acerca da transferência está profundamente ligada à qualidade da experiência afetiva instituída no curso de uma análise, o que acarreta considerar o contexto no qual um autor pratica a psicanálise e, principalmente, as formas de sofrimento psíquico nele prevalecentes. No caso de Gabrielle fica enfatizado que a relação transferencial ocorrida teve êxito, uma vez que logo na segunda consulta a criança demonstrou vontade e alegria de estar com a pessoa do analista, que é compreendido por ela como alguém que entendeu suas angústias e que, por isso, podia auxiliá-la.

Em contrapartida, e ao mesmo tempo, Piggle declara que “Dr. Winnicott não entende de bebê-cars” (WINNICOTT 1971/1975, p.29). Atribuímos o declínio da confiança na transferência que Piglle endereçava a Winnicott, ao fato da menina não ter conseguido falar com ele durante a consulta sobre o bebê-car uma vez que o psicanalista forneceu um *setting* humano para que fosse estabelecida a relação transferencial. Isto ocorreu como uma defesa em que ela projetou essa falta de capacidade à Winnicott. Para Freud (1912/1980), a transferência negativa é baseada em sentimentos hostis velados ou abertos, sendo considerada a maior barreira ao tratamento, o que demonstra um modo de relutância ao trabalho analítico. Segundo Winnicott,

> O paciente traz para a situação uma certa medida de crença ou de capacidade de acreditar em uma pessoa compreensiva ou que o ajude. Traz também uma certa medida de desconfiança. O terapeuta aproveita-se do que o paciente traz e age até o limite da oportunidade que isto concede. O paciente vai embora sem ter feito uma percepção objetiva do terapeuta, e será necessária uma segunda visita para objetivar e despir o terapeuta de magia (Winnicott, 1965/1994, p. 245).

Serralha (2009) ressalta o fato de que sempre que as coisas ficavam complicadas em casa para Gabrielle, ela pedia aos genitores para encontrar o analista e quando as ansiedades ocorriam na relação com Winnicott, ela recorria aos pais, o que caracterizava uma alternância do ego auxiliar, situação normal, enquanto o *self* está sendo constituído e enquanto a figura do analista está sendo construída como alguém capaz de entender a criança e ajudá-la, fornecendo o suporte e a sustentação emocional que Piggle necessitava. Neste ponto fica bem clara a presença da confiança na relação transferencial. (E é bem interessante perceber como Winnicott sustenta o ir e vir de Piggle, no que se refere à confiança; é

importante como Winnicott permite que Piggle corra para os pais e retorne para ele, sem fazer qualquer observação acerca disso).

Ainda no segundo encontro, Piggle “apanhou a pequena lâmpada, com o desenho de um rosto, com o qual tínhamos brincado da última vez e falou: “Faz ela vomitar”. Tive que desenhar uma boca no alto da lâmpada. Apanhou em seguida um balde cheio de brinquedos e esvaziou-o no chão” (WINNICOTT, 1977/1987, p. 35). Nessa passagem, Winnicott (1977/1987) aproveita para perguntar para a criança o que era o bebê-car e como ela não respondia, ele deu uma interpretação arriscada, falando: “É o lado de dentro da mãe de onde o bebê nasce? Ela olhou aliviada e disse: sim, o lado de dentro preto” (WINNICOTT, 1977/1987, p. 35-36). A partir daí fica evidenciada a consolidação da transferência segundo Winnicott (1977/1987), pois ele perguntou para Piggle: “Você gosta de ver Winnicott? Ela replicou: sim” (p.37). Neste ponto a relação paciente/terapeuta fundamenta-se ainda mais na confiança, uma vez que, ao assumir o psicanalista assumindo uma posição simbólica Winnicott conseguiu entender uma das questões cruciais do sofrimento psíquico da menina, reforçando os vínculos afetivos através da transferência, e passando a ocupar um espaço predeterminado na vida psíquica de Gabrielle.

Na consulta supracitada, Piggle parece ter reproduzido a totalidade da cena traumática, pois, no fim ela transforma-se em um bebê leão que ruge ferozmente com autêntico vigor, o que levou o analista a conduzir-se como quem sente medo de ser engolido. À vista disso, Winnicott (1977/1987) supõe que a menina, em decorrência do manejo feito durante o atendimento, começava a integrar à sua personalidade o aspecto de si mesma (constituição do *self*). Aqui o psicanalista amedrontado, ocupa o lugar da mãe que é objeto do impulso amoroso impiedoso e o bebê leão é a Gabrielle voraz, o que demonstra uma evolução e a conquista de um amadurecimento.

Na quarta consulta, Winnicott (1977/1987 *apud* SERRALHA, 2009) destaca a relação transferencial de Gabrielle pelo pai, que durante todo o tratamento participou dos encontros, dando suporte emocional à criança e acompanhando os progressos na capacidade maturacional da menina:

> Consegui que o pai se assentasse na cadeira na outra metade da sala, e *Piggle* subiu para o seu colo. Agora, desenvolveu–se outra vez o jogo no qual ela era um bebê, nascendo do pai, entre suas pernas. Isso repetiu–se muitas e muitas vezes. Era um esforço físico muito grande para o pai, mas ele prosseguia sem constrangimento, fazendo exatamente o que se exigia dele. Eu disse a *Piggle* que era importante ter um pai quando ela tivesse medo de ficar sozinha com Winnicott, e quisesse brincar com Winnicott um jogo semelhante àquele de nascer, usando um homem como uma mãe (1977/1987, p. 62).

O método de tratamento utilizado pelo autor é o de uma "*psicanálise partagée* (compartilhada)", pois segundo Serralha (2009) o psicanalista e os pais compartilharam informações por meio de cartas, além de participarem, nas sessões, de forma real ou transferencial, situação incomum nos tratamentos da época, o que ocorreu pelo fato de Winnicott entender que, com o seu auxílio, os genitores seriam capazes de ajudar a menina em seu desenvolvimento e que com os pais distanciados da criança, a possibilidade de êxito seria ínfima. Aqui vemos o quanto Winnicott foi precursor e contemporâneo, pois, no caso de Gabrielle o espaço aberto pelo psicanalista para o lugar que os pais exercem na relação transferencial, fez toda a diferença no tratamento da menina, contribuindo para os bons resultados obtidos e constituindo-se em uma grande parceria, uma vez que a família ocupa um lugar central e de grande relevância no tratamento da criança.

Na décima segunda consulta Gabrielle mostra condição de estar só na presença do analista, enquanto fenômeno de transferência, comprovando que havia alcançado avanço e expressiva maturidade em termos das conquistas relativas aos estágios do complexo de Édipo e do *concern*, o que ratifica todo um desenvolvimento emocional conseguido anteriormente ao longo de seus atendimentos.

> Dessa vez, eu estava assentado na cadeira pela primeira vez, não no chão, fazendo anotações como de costume. Foi surpreendente o modo com que ela, como sempre, teve

> confiança em mim e na situação. Ela era como uma representação da "capacidade de estar sozinha na presença de alguém", assentada no chão, brincando, murmurando, e obviamente consciente de minha presença. (WINNICOTT, 1977/1987, p. 134).

Segundo Winnicott (1965/1990) há uma ligação bastante acentuada entre a transferência e a capacidade para estar só, pois a comunicação tem origem no silêncio, sendo essencial que seja mantido o núcleo isolado do *self* do paciente na consulta, a fim de que ele possa vivenciar o isolamento junto à figura do analista sem sentir-se infringido. Esta foi uma das grandes colaborações do psicanalista inglês sobre as relações transferenciais.

Percebemos aqui, que quando Gabrielle brinca sozinha, há uma marca de comunicação, que demonstra confiança no Dr. Winnicott e a progressiva construção de um *self* verdadeiro, o que é fundamental para a construção subjetiva da menina, que estabeleceu uma comunicação criativa e silenciosa com o objeto subjetivo, mostrando o quanto é importante que o silêncio do paciente seja suportado pelo analista para o assentamento do sentimento de realidade.

Dessa maneira, o brincar sozinha de Gabrielle e o acontecimento transferencial ocorreram devido a capacidade da menina de estar só na presença de Winnicott, o que demonstra relaxamento, pois é como se ela pudesse brincar sabendo que a pessoa em quem ela confiava estava acessível assegurando a brincadeira, como alguém que transmite segurança e é digno de confiança, podendo ser prontamente acessado quando necessário.

O analista percebeu que Gabrielle, na décima quinta consulta, estava fazendo "com a cola Seccotine uma espécie de túmulo ou monumento comemorativo do Winnicott que tinha sido destruído e morto" (1977/1987, p.166), o que já demonstrava "maturação desabrochando na idade apropriada, tendo reorganizado sua vida dentro de uma transferência positiva" (*op. cit*, p.168), pois, nesta ocasião, a menina encontrava-se com quase cinco anos, e já externava vontade de terminar o tratamento enquanto ainda tinha quatro.

A décima sexta e última consulta “foi diferente das anteriores. Na realidade dava mais impressão de ser uma visita de um amigo a outro amigo” (1977/1987, p.169). Neste encontro, eles brincaram do jogo do rolo compressor, que era uma espécie de jogo de esconder:

> Ela rodava o rolo compressor na minha direção e, quando ele atingia meu joelho, eu morria. Quando eu estava morto, ela se escondia. A essa altura já conhecíamos muito bem todas as várias direções. No decorrer do jogo, ela tomava suas posições uma após a outra; eu tinha de voltar a viver, começar a lembrar-me de que havia outra pessoa da qual me esquecera e, então, aos poucos procurar por ela. Em seguida, finalmente eu a encontraria. Às vezes, era ela quem morria da mesma forma e então procurava por mim. (WINNICOTT, 1977/1987, p. 169).

Por intermédio desse jogo, percebemos, mais uma vez, o simbolismo da morte através do brincar, que é como se toda a situação enfrentada pela menina, tivesse passado. Depois Winnicott (1977/1987) externa que, enquanto fazia anotações, Gabrielle sentou-se no chão, de costas para ele – “sozinha em minha presença” (1977/1987, p.169) conversando com os animais e com os brinquedos, o que comprova o quanto Piggle estava bem organizada. E finalmente a confirmação do amadurecimento da paciente foi relatada pelo psicanalista quando ele afirmou que a criança “mostrava-se totalmente natural ao dizer adeus, e tive a impressão de ser ela uma menina de cinco anos realmente natural e normal, em termos psiquiátricos” (1977/1987, p. 171).

Depreendemos, ante o exposto, que Gabrielle, através da relação transferencial estabelecida com o Dr. Winnicott e dos seus métodos de tratamento, firmados em uma psicanálise *partagé* e em uma análise de acordo com a demanda, conseguiu por meio de uma construção gradual do seu espaço potencial, prosseguir com o seu desenvolvimento maturacional e emergir das situações que tanto a atormentavam bem como a seus pais, confiando na sua própria capacidade, pois ela alcançou a integração das partes que estavam dissociadas de seu *self.*

CONCLUSÃO

O objetivo deste artigo foi mostrar a relação transferencial no caso clínico da menina Gabrielle, destacando alguns trechos das consultas e relacionando-as com a teoria Winnicottiana, evidenciando acontecimentos importantes que permitiram entrever a riqueza da contribuição do Dr. Donald Winnicott, que inovou com alguns métodos divergentes da clínica tradicional psicanalítica da época, como a psicanálise *partagé* e a análise sob demanda.

Assim, no estudo do caso Piggle, demonstramos o quanto o Dr. Winnicott foi essencial, por ter ampliado o conceito de transferência dado por Freud, entendendo a relação transferencial não apenas como a repetição das vivências da infância, mas também como uma experiência basilar para que o *self* se estruture, tendo se empenhado com veemência na exploração das representações que eram as fontes de angústia da menina, ajudando-a a elaborar os seus conflitos psíquicos para livrar-se da “mamãe preta” e do “bebê-car”.

Nesse sentido, a relação transferencial entre Gabrielle e Winnicott fundamentou-se em confiança e em uma comunicação transformadora, pois a menina encontrou na figura do terapeuta o objeto subjetivo, a mãe/ambiente, a mãe suficientemente boa, o que mostra o quão fundamental é a sensibilidade do psicanalista, para se adaptar às necessidades do paciente e fornecer-lhe aquilo que lhe faltou, criando um espaço potencial, a fim de que a criança retome o curso de seu amadurecimento.

REFERÊNCIAS

FREUD, S. A dinâmica da transferência. In: EDIÇÂO standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1976, vol. XII, p. 129-143. (Originalmente publicado em 1912).

PLON, M., & ROUDINESCO, E. Dicionário de psicanálise. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

SERRALHA, Conceição A.. Winnicott com Gabrielle e seus pais. Nat. hum., São Paulo , v. 11, n. 1, jun. 2009 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-24302009000100007&lng=pt&nrm=iso>. acesso em 15 out. 2015.

WINNICOTT, D. W. O brincar e a realidade. Rio de Janeiro: Imago, 1975. (Originalmente publicado em 1971). Arquivo em PDF.

_____. Comunicação e falta de comunicação levando ao estudo de certos opostos. In: O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. Porto Alegre, Artes Médicas, 1990, p.163-164. (Originalmente publicado em 1965).

_____. O valor da consulta terapêutica. In: explorações psicanalíticas. Porto alegre: Artes médicas, 1994. (Originalmente publicado em 1965).

_____. The Piggle: relato do tratamento psicanalítico de uma menina. Rio de Janeiro: Imago, 1987. (Originalmente publicado em 1977).

III CONGRESSO DE PSICOLOGIA: as diversas faces do cuidar.
De 26 a 28 de abril de 2018. Belém – PA/
HANGAR – Centro de Convenções da Amazônia
Volume 03 – ISSN: 2526-527X
CADERNO DE TRABALHOS COMPLETOS
http://revistas.unama.br/index.php/anaispsicologia/index

PACIENTES ONCOLÓGICOS EM CUIDADOS PALIATIVOS: REPERCUSSÕES PSICOLÓGICAS FRENTE À FINITUDE

BRITTO, Louise Laura Rocha
VASCONCELOS, Ana Carolina Peck
LEBREGO, Arina Marques

INTRODUÇÃO

O diagnóstico de câncer tem normalmente uma implicação avassaladora. Ele também traz a imagem de morte, traz o medo de mutilações, dos dolorosos tratamentos e das muitas perdas causadas pela doença (CARVALHO, 2008).

A indicação á uma doença crônica costuma vir acompanhada dos sintomas físicos, de questões de ordem social, psicológica e espiritual. Um diagnóstico difícil evidencia questões como o medo da morte, a angústia em deixar a família desamparada, conflitos do passado e até situações de ordem prática, como o desligamento das atribuições laborais e consequentemente queda de renda, entre outras (ACADEMIA NACIOAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2009).

Para Carvalho (2008), esta situação de sofrimento dirige-se a uma problemática psíquica com características específicas. Os processos emocionais desencadeados nestes pacientes demandam um profissional especializado, o que leva à especificidade da Psico-Oncologia e a torna diferente da Psicologia Hospitalar.

Segundo Fregonese (2013) a Psico-Oncologia reside na interlocução entre a psicologia e a oncologia. Nesta são trabalhadas questões psicossociais que dizem respeito também ao processo de adoecimento decorrente do câncer, utilizando-se de estratégias de intervenção que possam auxiliar o paciente e seus familiares no enfrentamento e na aceitação do novo contexto em que estão inseridos, possibilitando, desta maneira, melhorias na qualidade de vida.

Neste sentido, a Psico-Oncologia nasceu a partir da necessidade do acompanhamento psicológico ao paciente com câncer, a sua família e à equipe que o acompanha. O papel do psicólogo em oncologia sugere o suporte psicossocial e psicoterapêutico frente ao impacto do diagnóstico e de suas consequências,

apresentando ainda a possibilidade de assistência para um melhor enfrentamento e qualidade de vida do paciente e de seus familiares (FREGONESE, 2013).

O câncer é reconhecido como um problema de saúde pública e sabe-se que, em todo o mundo, a maior parte dos indivíduos, no momento do diagnóstico, apresenta a doença avançada. É também importante reconhecer o impacto do câncer no indivíduo e familiares e a relevância dos cuidados paliativos no controle dos sofrimentos físico, espiritual e psicossocial (SIVA E HORTALE, 2006).

Na fase inicial do adoecimento oncológico a equipe busca a cura da enfermidade e isso é dividido com o paciente e seus familiares de maneira positiva. Quando o tratamento curativo não alcança o efeito desejado e a doença se apresenta em estágio adiantado, o tratamento paliativo deve entrar em questão para conduzir os sintomas que são complexos de controlar e de alguns aspectos psicossociais que estão relacionados á doença. A abordagem paliativa, através dos seus métodos, garante qualidade de vida para o paciente na fase final da vida.

Na primeira definição da OMS para cuidados paliativos, em 1998, estes foram estabelecidos como o último estágio de cuidado: "cuidados oferecidos por uma equipe interdisciplinar, voltados para pacientes com doença em fase avançada, ativa, em progressão, cujo prognóstico é reservado e o foco da atenção é a qualidade de vida" (s/p).

Porém, sabe-se que os cuidados paliativos podem e devem ser oferecidos desde o início no curso de qualquer doença crônica, para que esta não se torne difícil de tratar nos últimos dias de vida (SILVA E HORTALE, 2006).

A Organização Mundial de Saúde (2002, s/p) define que:

> Cuidados paliativos consistem na assistência promovida por uma equipe multidisciplinar, que objetiva a melhoria da qualidade de vida do paciente e seus familiares, diante de uma doença que ameace a vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, da identificação precoce, avaliação e tratamento da dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais.

A terminalidade da vida é definida quando se esgotam todas as possibilidades terapêuticas de cura, ou seja, nada mais há para se fazer em termos de resgatar as condições de saúde física do paciente e a morte torna-se uma realidade eminente. A assistência ao paciente e à família deve envolver todas as etapas da doença terminal com o intuito de possibilitar alívio ao sofrimento e evitar medidas desnecessárias frente a irreversibilidade da doença (SILVA, 2016).

Neste sentido, a Psico-Oncologia não tem como foco a saúde física do paciente e sim o bem-estar psicológico do mesmo e de seus familiares. Devido a isso, mesmo quando não há possibilidades de proporcionar melhoras físicas para o paciente, o psicólogo possui formas de intervenção, operando através da escuta e da fala, propiciando alívio da dor e do sofrimento, demonstrando que as possibilidades terapêuticas vão além da cura do corpo.

O psicólogo que atua na equipe de cuidados paliativos realiza atendimentos psicoterapêuticos individuais com pacientes e familiares, e procura trabalhar as questões emocionais envolvidas no processo de adoecimento.

Para Silva (2016) o trabalho deve se sustentar em condutas adequadas, tendo em vista os princípios norteadores dos cuidados paliativos: comunicação clara e cuidadosa, efetivo controle dos sintomas, atuação interdisciplinar, alívio do sofrimento e suporte à família durante todas as etapas do acompanhamento, inclusive no luto.

OBJETIVO

Investigar as implicações psicológicas relacionadas ao adoecimento de pacientes oncológicos em cuidados paliativos.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica, que utilizou a proposta de revisão de literatura referente a temática proposta pelo trabalho. Segundo Lima e Mioto (2007), a pesquisa bibliográfica é um procedimento metodológico significativo na elaboração do conhecimento científico capaz de gerar, principalmente em temas

pouco explorados, a formação de hipóteses ou interpretações que vão servir de ponto de partida para outras pesquisas.

DISCUSSÃO

Na contemporaneidade, a sociedade tem cada vez mais dificuldade em pensar a questão da morte e do morrer, apesar de tornar-se uma sociedade de risco, com múltiplas possibilidades de vivenciar a vulnerabilidade e confrontar a morte em situações violentas de vários tipos (SILVA E HORTALE, 2006).

A percepção das vivências da morte e do morrer tem passado por modificações no decorrer do tempo histórico, seguindo as transformações da sociedade no que tange às atitudes diante da morte. No imaginário social, uma das doenças mais vinculadas à questão da morte nos dias atuais é o câncer (BORGES, et al, 2006).

De acordo com Silva e Hortale (2006, p. 4):

> Das doenças crônicas degenerativas, o câncer é uma das que mais trazem transtornos aos indivíduos e seus familiares. Sofrimentos de diversas dimensões acometem tanto os portadores da doença, como seus familiares e cuidadores. Entender o impacto do câncer nos indivíduos é essencial para estabelecer estratégias de cuidados.

Entende-se que é a partir da tomada de consciência sobre a ideia de sermos seres finitos que se dará o procedimento de mudança sobre os cuidados ofertados aos pacientes terminais. Ao tratar desse assunto, é viável pensar nos desejos do paciente em relação a sua morte, o que muitas vezes implica no desejo de sair do ambiente hospitalar para morrer em casa. Para Silva (2016), a “boa morte”, relaciona-se ao cumprimento de algumas etapas do final da vida, como tomar decisões com clareza, realizar despedidas, passar mais tempo com amigos e familiares, resolver situações conflituosas e receber cuidados clínicos de acordo com os desejos e as necessidades do paciente.

Dessa forma, os cuidados paliativos devem visar e possibilitar a melhor qualidade de vida do paciente e de seus familiares, levando em conta não só o que

o sujeito precisa em relação ao tratamento clínico, como também os seus anseios e urgências subjetivas diante do fim da vida.

A revisão da literatura tornou possível evidenciar as particularidades da experiência da morte e do morrer no paciente oncológico. A perspectiva da morte pelo paciente acometido por câncer é singular, e o contato com ela é constante e inevitável, decorrendo até mesmo devido às pequenas perdas cotidianas.

De acordo com Silva (2016), do ponto de vista psicológico, o paciente poderá manifestar diferentes reações emocionais de ajustamento, resultado das mudanças incitadas pelo adoecimento. A reação de ajustamento é uma resposta emocional que varia conforme o entendimento do significado pessoal e subjetivo da doença física, que está relacionada a características de personalidade, a características pessoais, à própria natureza da doença e ao impacto do tratamento. Cada indivíduo percebe a morte e lhe confere um sentido de acordo com sua história de vida, suas vivências e aprendizagens, sua condição física, psicológica, social e cultural.

Para Borges et al (2006) a pessoa que sofre de uma doença crônica grave, como o câncer, passa a questionar-se sobre sua própria existência e atribui um significado para sua doença e seu tratamento. Muitas vezes, o câncer traz consigo a ideia da finitude e de todas as suas possibilidades, desta forma, o paciente necessita ser escutado e acolhido em seu sofrimento.

Neste contexto, torna-se necessário diante deste cenário complexo que se criem espaços de capacitação profissional que ampliem a compreensão e as discussões sobre educação para a morte, de modo que consequentemente, estes profissionais consigam oferecer melhores condições de cuidado para essa última etapa da vida.

Isso pode ser um dos desafios da educação em saúde, uma vez que o preparo de profissionais de saúde não oferece, de maneira equilibrada, as disciplinas associadas aos cuidados curativos e aquelas relacionadas aos cuidados suportivos e ao final da vida. (SILVA, 2016).

Ainda para Silva (2016, p. 254):

> Abordar, de modo claro, a inevitabilidade da morte em decorrência de um prognóstico reservado se constitui em um desafio para o profissional de saúde que, durante a sua formação, não desenvolveu habilidades de comunicação adequadas que o capacitassem para expor o delicado tema. É preciso estar disponível para lidar com a angústia experimentada pela família que acompanha o paciente durante todo o processo e que se dedica a evitar o sofrimento a qualquer custo, o que inclui, na maioria das vezes, proteger o paciente de qualquer informação que possa causar tristeza e desespero.

Assim sendo, faz-se cada vez mais necessário e urgente que nos eduquemos para compreender o ciclo vital que abrange todas as fases do desenvolvimento humano, pois dessa forma consegue-se atuar com os pacientes e seus familiares sem negar a morte que é real para todos nós.

Segundo Silva (2016), as intervenções de uma equipe de cuidados paliativos são atravessadas por muitos desafios, sobretudo, no que se refere a proporcionar alívio e suporte ao paciente. O trabalho deve se apoiar no emprego adequado dos princípios norteadores dos cuidados paliativos: comunicação clara e cuidadosa, efetivo controle dos sintomas, atuação interdisciplinar, alívio do sofrimento e suporte à família durante todas as etapas do acompanhamento, inclusive no luto.

Apesar do simbolismo negativo e de passividade que a palavra paliativa traz consigo esta abordagem deve ser ativa, sobretudo em pacientes oncológicos graves. É importante atentar-se para um diagnóstico precoce e práticas terapêuticas avançadas e ativas, que respeitem os limites do paciente, levando e consideração a carga avassaladora de sintomas físicos, psicológicos, e emocionais que se acumulam neste. (INCA, 2018)

A presença do psicólogo é de suma importância para que pacientes, familiares e cuidadores elaborem seus lutos e falem sobre eles. Podem ser

realizados grupos de escuta e intervenção terapêutica, associados à temas que dizem respeito a realidade da doença e da hospitalização, ou até mesmo sobre demandas psíquicas comuns. A maioria desses grupos são indicados à manifestação e escuta dos pacientes.

"A morte mobiliza as nossas emoções mais profundas, que emergem diante da inevitável separação. Sendo assim, paciente, equipe e família podem experimentar um sentimento de impotência, porque se sentem fracassados diante do morrer. " (SILVA, 2006, p. 254). A dificuldade de compreensão que temos para entender o limite entre o curável e o tratável faz parte de nossa angústia frente ao processo de finitude.

CONCLUSÃO

Cuidar do morrer requer uma busca para assegurar dignidade e conforto até o último minuto de vida do paciente. Para isso, é necessário que haja um ambiente de apoio e acolhimento, que ajude a diminuir as dores, a aliviar a angústia e a minimizar todos os danos evitáveis, resultantes de um corpo em debilidade progressiva, possibilitando uma travessia aprazível.

Diante da complexidade e diversidade das dificuldades que vem a partir do tratamento oncológico, reconhecidos em vários estudos bibliográficos, é importante levar em conta não apenas os aspectos clínicos, como também os sociais, psicológicos, espirituais e econômicos ligados ao câncer. Acreditando que atuar de forma humanizada em relação à morte está ligado a uma postura de cuidados com sujeitos protagonistas de suas histórias e que possuem o direito de morrer com dignidade.

No contexto hospitalar, emergem, relacionadas à doença orgânica, urgências psíquicas que se apresentam como um campo adequado para o fazer psicológico. Através das pesquisas realizadas, pôde-se concluir que ao escutar as urgências subjetivas de cada sujeito no processo de adoecimento e hospitalização, o psicólogo atuante nesse campo, ampara e suporta as angústias, medos e ansiedades dos pacientes e seus familiares e ajuda-os a encontrar maneiras de enfrentamento nesse período da vida.

Assim, os profissionais de saúde devem estar habilitados para reconhecer as prioridades e necessidades do paciente, e se ele possui os possíveis recursos para enfrentar a atual condição que se encontra, dando também apoio e assistência à família e criando uma relação adequada. A partir da interdisciplinaridade, em que diferentes profissionais constituem uma relação recíproca entre si e com os pacientes, proporcionando intervenções técnicas e humanizadas no cuidado do mesmo.

Desta forma, a ampliação de estudos na área da Psico-Oncologia, pode aperfeiçoar as intervenções realizadas na assistência, bem como sinalizar necessidades relativas ao ensino e gerenciamento das atividades do psicólogo nesse contexto.

Palavras-chaves: Psicologia; Oncologia; Cuidados paliativos; Morte e Morrer.

REFERÊNCIAS

ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS. Manual de cuidados paliativos.
Rio de Janeiro: Diagraphic, 2009.

BORGES, A. Et al. Percepção da morte pelo paciente oncológico ao longo do desenvolvimento. Psicologia em Estudo, Maringá, v. 11, n. 2, p. 361-369, mai./ago. 2006.

CARVALHO, M. Psico-oncologia: definições e área de atuação. Temas em psico-oncologia. São Paulo: Summus, 2008.

FREGONESE, A. Psico-Oncologia: atuação do psicólogo no Hospital de Câncer de Barretos. Psicologia USP, vol.24, n.1, São Paulo, Jan./Apr. 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Câncer. 2002. Disponível em: <http://www.who.int/topics/cancer/es/>. Acesso em: 29/03/2018.

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

SILVA, R; HORTALE, V. Cuidados paliativos oncológicos: elementos para o debate de diretrizes nesta área. Cadernos de saúde pública, v. 22, p. 2055-2066, 2006.

Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0102311X2006001000011&script=sci_arttext&tlng=>. Acesso em: 18/05/2018

SILVA, S. Os Cuidados ao Fim da Vida no Contexto dos Cuidados Paliativos. Revista Brasileira de Cancerologia; 62(3): 253-257. 2016.

III CONGRESSO DE PSICOLOGIA: as diversas faces do cuidar.
De 26 a 28 de abril de 2018. Belém – PA/
HANGAR – Centro de Convenções da Amazônia
Volume 03 – ISSN: 2526-527X
CADERNO DE TRABALHOS COMPLETOS
http://revistas.unama.br/index.php/anaispsicologia/index

ASSISTÊNCIA PSICOLÓGICA A PACIENTES QUEIMADOS: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

CHAGAS, Iasmin
iasminc26@gmail.com
SANTOS, Fernanda
LEBREGO, Arina
CHINA, Jaqueline

INTRODUÇÃO

O presente artigo tem como objetivo relatar a experiência de estágio em Psicologia da Saúde no curso de graduação e recorremos à própria experiência enquanto discentes em um Centro de Tratamento a Pacientes Queimados.

Para falar de queimaduras, é necessário reconhecer que a pele é o maior e mais exposto órgão do corpo humano, sendo assim, mais vulnerável a lesões. Embora seja o órgão que ocupa a maior extensão do corpo, em geral, não se presta muita atenção à pele. A atenção se volta quando esta se modifica como nos casos de queimadura (MENEZES e SILVA, 1988).

De maneira geral, a hospitalização decorrente de queimaduras acontece de forma rápida e imprevisível, não havendo tempo para que o indivíduo e seus familiares se preparem para uma internação hospitalar, como se dá na situação de outras doenças. A queimadura é tratada como trauma de urgência, sendo necessário o socorro imediato. Tal pessoa está em perfeito funcionamento físico e mental e se vê, de repente, enfrentando a hospitalização, a dor e o comprometimento de suas funções vitais. O paciente gravemente queimado sente dores; torna-se enrijecido e edemaciado; fica impossibilitado de movimentar-se; sua pele se torna úmida e seu corpo fica exposto a outras pessoas. A vítima de queimadura passa por tratamentos dolorosos como, por exemplo, o desbridamento, a enxertia, injeções, banhos, curativos e cirurgias. (CARVALHO E ROSSI, 2008).

Dessa forma, o acompanhamento psicológico do paciente é de suma importância no processo de internação devido à alta complexidade do quadro

apresentado em decorrência do trauma; ao sofrimento causado pela queimadura; à internação prolongada; à convivência com as sequelas decorrentes da queimadura; à pele mais sensível a choques; à dor, à irritabilidade no local da lesão; ao tratamento ambulatorial prolongado que segue pós-alta às cicatrizes decorrentes do trauma que afetam significativamente a autoestima do paciente e a rotina dele que mudará por algum tempo.

A família caracteriza-se como um sistema intercomunicante e tem objetivos comuns, regras e acordos de relação. Frente a um evento qualquer, as alterações provocadas e as necessidades de adaptação dos membros de uma família dependerão de como ele se iniciou, dos recursos que familiares dispõem para lidar com a crise e da importância que atribuem a esse acontecimento. Em uma situação que gera crise, além da intensidade do traumatismo sofrido pelo sujeito, também é importante a forma como ele lida com o inesperado da nova situação. A doença ou trauma, além de atingir o paciente em sua subjetividade, incide também sobre a família. O desgaste físico e emocional devido à enfermidade e as consequentes limitações que constrangem o doente suscita certo isolamento e tendem a fazer com que esse processo seja vivido, conforme o possível, na intimidade da família. (CARVALHO E ROSSI, 2008).

O paciente queimado sofre um trauma que modifica sua forma de se reconhecer como ser humano, há uma crise profunda em sua identidade, o antes (quem e como ele era) jamais voltará a ser o mesmo, há uma fratura na percepção de si mesmo, o agora (quem e como sou) é algo estranho, muitas vezes sentido como despersonalizado e irreal. (BORGES, E.S., 2009).

A internação e o tratamento são geralmente uma experiência traumática para o sujeito acometido pela queimadura, pois vários fatores externos apresentam influências para que se instale um quadro de estresse no paciente, como o afastamento da família, do trabalho, mudanças corporais, despersonalização, dependência de cuidados, perda da autonomia e tensão constante. A queimadura é um quadro que acarretará na vida do paciente uma mudança prolongada, pois após a alta médica, terá que incluir alguns cuidados em sua rotina diária em prol do seu processo de tratamento, como o uso do protetor solar, além de retornos

ambulatoriais no centro de tratamento de queimados para a continuação do tratamento. E também, a assistência psicológica será importante para a adesão ao tratamento, principalmente para a continuação após a alta, pois uma característica muito comum entre os usuários do hospital em que foi obtido o relato de experiência, é que maioria dos usuários não é da capital da região metropolitana de Belém, que é onde está localizado o Centro de Tratamento de Queimados, o que torna o processo de tratamento ambulatorial mais difícil, por conta da distância e da frequência em que o paciente queimado deveria comparecer ao hospital para realizar os procedimentos de seu tratamento.

Segundo GUIMARÃES, SILVA & ARRAIS, é costumeiro constatar o entrelaçamento e o aumento de comorbidades na unidade de queimados, sendo agravadas ou evitadas pelo estado de ânimo e saúde mental do paciente que, por sua vez, são influenciados pelas comorbidades; no entanto, muitas psicopatologias são desencadeadas pela própria internação, pois cada paciente reage de uma maneira à queimadura e às subsequentes e novas condições do tratamento. Dentre comorbidades que podem surgir no paciente adulto e idoso queimado destacam-se:

· *Síndrome da internação* - também chamada de hospitalismo; são apatias geralmente observadas em crianças e idosos sem suporte emocional. Apresentando sentimento de abandono e desinteresse pela sobrevivência;

· *Estados depressivos* - humor rebaixado com dificuldades em lidar com a dor/sofrimento e desejo de morte para evitá-los;

· *Crises histéricas* - desencadeadas pela dor e caracterizadas por seguidos processos de descontrole emocional, crise de choro e inconformismo. Também entendido como dificuldade em aceitar o acidente;

· *Estados de Euforia* - desconfirmação da dor, tendência a alegria, eloquência e ousadia, aumento da energia e aceleração da psicomotricidade. Verbalização de progressos inexistentes em termos de tratamento;

· *Corpo Fantasmático* - imagem corporal destruída, fragilidade e vulnerabilidade na imagem corporal (identidade), podendo provocar medo da morte e, principalmente, dificultando o reconhecimento progressivo de melhoras clínicas;

· *Comportamentos agressivos* - reações infantis, fixação em fases da evolução emocional que foram mal resolvidas, provocando comportamentos passivos, de solicitações frequentes, ou seja, retorno ao útero e desejo de proteção;

· *Negação do acidente* - formação reativa provocando dificuldade de aceitar as consequências do acidente e o eventual tratamento de saúde, ainda se expressa como um desejo de morte como "saída" para a dor e ainda como resignação por meio de sentimentos que desencadeiam fanatismo religioso como recurso para elaboração do acidente.

· *Agressividade/Revolta* - direcionados para a equipe de saúde, familiares, sendo uma projeção de sentimentos mórbidos e de culpabilização do outro pela "dor que sinto".

Dentro dessas comorbidades destacadas da teoria podemos vivenciar na prática com maior frequência o estado depressivo e agressividade/revolta do paciente e conseguimos identificar por conta do suporte teórico que obtivemos ao decorrer do estágio e acompanhar/intervir o paciente enquanto perdurou a sua internação no hospital.

Segundo Borges (2008), deixar o paciente situado de uma maneira clara e franca do seu processo de evolução, assim como os riscos que ocorrem, é necessário nessa fase inicial. O acompanhamento não deve ser ofertado apenas para o paciente, mas também aos familiares, principalmente de familiares de pacientes com grandes queimaduras, pois mesmo após a alta, esse ficará com cicatrizes físicas e psicológicas que irão acompanhá-lo, assim como todo o estigma psicossocial. Pode-se identificar na prática essa importância de ofertar o atendimento psicológico aos familiares, assim como o paciente acaba ficando despersonalizado mediante a internação, notou-se que os familiares tem essa perda de identidade igualmente e que muitas vezes acaba por vir a dificultar o processo de internação seu paciente, o nível de tensão do acompanhante, chega a ser proferido ao paciente e em torno disso gera um desentendimento entre ambos e a hospitalização e a adesão do tratamento torna-se mais dificultosa. A intervenção terapêutica que o psicólogo irá disponibilizar é o aconselhamento e psicoterapia de apoio. Nesta pesquisa procurou-se expor da maneira mais fidedigna a vivência

obtida neste hospital e as contribuições que o mesmo teve para a formação acadêmica.

OBJETIVO

Apresentar relato de experiência vivenciada na Disciplina Estágio Supervisionado em Psicologia da Saúde, do Curso de Psicologia da Universidade da Amazônia (UNAMA), tendo como campo de prática hospital público localizado no Estado do Pará, no qual realiza atendimento a pacientes vítimas de queimaduras.

Analisar o relato de experiência a partir do levantamento bibliográfico acerca da teoria da prática do profissional de Psicologia em um Centro de Tratamento de Queimados fazendo uma correlação entre teoria e prática.

METODOLOGIA

Utilizou-se como metodologia a observação participante na qualidade de estagiário de Psicologia através do Estágio Supervisionado em Psicologia da Saúde disponibilizado em um curso de graduação de psicologia em um hospital com Centro de Tratamento de Queimados localizado em Belém do Pará.

Supervisão dos atendimentos realizados semanalmente com pacientes queimados, além de atividades teóricas desenvolvidas acerca da temática para que fosse feita a relação entre teoria e prática das atividades exercidas por um profissional de psicologia no âmbito de pacientes vítimas de queimadura.

Levantamento bibliográfico para busca de artigos que continham informações sobre pacientes queimados, psicologia hospitalar e a importância do psicólogo no contexto hospitalar. Para assim poder relacionar a teoria bibliográfica da abordagem da psicologia hospitalar e ser devidamente equiparado à vivência obtida dentro do hospital. Além disso, foi utilizado como critério para seleção os artigos anexados nas bases de dados Scielo, Revista Brasileira de Queimaduras e Google Acadêmico no idioma português.

DISCUSSÃO

Foi observado que, de acordo com o conteúdo da literatura encontrada acerca das atividades que dispõe ao psicólogo com o intuito de promover um acolhimento ao paciente vítima de queimadura e, assim, intervir para que o usuário adquira conhecimento do seu quadro atual, bem como de como será feito seu tratamento

para que ele possa aderir este, foi possível vivenciar esta prática em campo de estágio.

Como a queimadura é um acidente que acontece de forma rápida e imprevisível, precisa de uma intervenção médica de caráter de urgência, o paciente chega ao hospital, geralmente, com o humor deprimido, pois essa internação é necessária para sua reabilitação o deixa distante de sua rotina normal do dia a dia, seja uma rotina de trabalho, com os filhos, com a escola ou faculdade, lazer e compromissos diários.

A dor é um fator que modifica o humor do paciente, pois este oscila de acordo com a intensidade desta, que já é algo esperado pela queimadura em si, mas os procedimentos utilizados no tratamento também causam muitas dores. E com isso muitos pacientes tentam utilizar da barganha com a equipe multiprofissional e temos que ter esse olhar cuidadoso e sinalizar o restante da equipe quando houver esse tipo de comportamento. O desbridamento é um procedimento muito utilizado em pacientes queimados que consiste na retirada de tecido necrosado para que a cicatrização seja mais rápida, e também para prevenir qualquer tipo de infecção na lesão. A enxertia é outro procedimento bastante doloroso, até mesmo o pós-operatório, o procedimento consiste na retirada da pele de uma parte do corpo (área doadora) para a parte do corpo onde está localizada a lesão (área receptora), que vai aderir à nova área através de um novo suprimento sanguíneo e visa que o meio interno não entre em contato com o meio externo, pois este fica sujeito a agentes infecciosos e desidratação.

Há uma despersonalização do sujeito diante da queimadura, principalmente durante a internação hospitalar, em que muitas vezes, por ser mais prático, o sujeito é reconhecido pelo número de seu leito na enfermaria. Isso também acontece em decorrência de sua autoestima, pois a queimadura rompe com a autoimagem do paciente, fazendo com que sua aparência mude de uma forma muito rápida, e se instale um quadro de tensão, pois o mesmo sabe que sua aparência não será como antes, mesmo após a adesão ao tratamento e a alta hospitalar.

Além disso, é necessário que o paciente queimado seja tratado em um Centro de Tratamento de Queimados por uma equipe multiprofissional, isto é, médicos

especializados, enfermeiros, nutricionistas, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos e psicólogos, o que fez parte da vivência em campo de estágio também, pois foram possíveis atendimentos em conjunto com alguns desses profissionais. A evolução em prontuário também faz parte do atendimento feito por equipe multiprofissional, pois com a rotina densa do hospital, não é sempre que podem ser feitos atendimentos em conjunto, e este documento é uma forma de deixar registrado no prontuário do paciente como foi o atendimento feito com este, em que estado ele se encontra, apontar a outro profissional o que o paciente precisa que seja referente a área da saúde em questão, ou seja, é uma forma de sinalizar aos outros profissionais envolvidos como o paciente se posicionou em relação ao tratamento que está sento utilizado em seu quadro.

O psicólogo é um profissional essencial nesse processo de adesão ao tratamento, pois este é um garantidor de direitos, sendo assim, trabalha também na promoção destes, esclarecendo e informando ao usuário sobre o funcionamento do sistema único de saúde e seus direitos e deveres dentro deste sistema. Durante a internação, é comum surgirem várias dúvidas em relação ao funcionamento do sistema, e como o usuário pode ter acesso a este. Além disso, o psicólogo também trabalha visando facilitar a comunicação entre o usuário e acompanhantes com a equipe multiprofissional, pois é muito comum que os pacientes e acompanhantes tenham várias dúvidas, e algumas vezes não conseguem esclarecê-las com o médico especialista e então o psicólogo tenta trabalhar com o objetivo de fazer com que o usuário e o restante da equipe multiprofissional tenham uma relação mais estreita, e que a linguagem utilizada pela equipe seja acessível ao máximo para o público do hospital.

O psicólogo é responsável por fazer a escuta do paciente na internação dia após dia, pois ele tem técnicas psicoterápicas para, através da escuta, fazer com que o paciente dê sentido ao seu discurso, e consequentemente sua subjetividade, pois segundo GUIMARÃES, SILVA & ARRAIS, acreditamos que o psicólogo tenha as ferramentas e treino mais adequados, além da psicoterapêutica para abrir espaço para subjetividade da pessoa adoentada e de seus familiares. Nenhum outro profissional da área da saúde foi terapêutica e sistematicamente treinado para isso,

pois Medicina e Psicologia Hospitalar têm filosofias distintas: a primeira tem como objetivo curar doenças e salvar vidas, já a segunda tem como principal objetivo situar e ajudar o sujeito em relação ao adoecimento e ao enfrentamento dos processos psicoemocionais da hospitalização.

É importante também falar sobre a família frente à hospitalização, pois apesar do familiar não estar igualmente hospitalizado, sua rotina também mudará, pois o paciente queimado precisa de um acompanhante nesse processo, visto que é difícil a locomoção deste após a queimadura e todos os procedimentos que serão necessários serem feitos no decorrer do tratamento.

Os conteúdos encontrados na literatura mediante a experiência no campo de Estágio Supervisionado em um Hospital Referência em Tratamento com Queimados situado no Pará. Dentre as atividades desenvolvidas na área hospitalar destacou-se: a entrevista e avaliação psicológica inicial; acompanhamento terapêutico para o usuário e acompanhante; a avaliação de demanda e plano terapêutico; psicoterapia breve focal; conduta e intervenção psicológica a ser tomada; evoluções em prontuários; comunicação com a equipe multiprofissional; encaminhamento para redes de apoio, como o CRAS (Centro de Referência em Assistência Social), CREAS (Centro de Referência Especializado em Assistência Social) e CAPS (Centro de Apoio Psicossocial), caso seja necessário; supervisão dos casos atendidos e aulas teóricas semanais.

CONCLUSÃO

Conclui-se que as atividades práticas desenvolvidas no Estágio Supervisionado em Psicologia da Saúde estão de acordo com a atuação do profissional de psicologia no contexto hospitalar. O presente artigo demonstra a importância do psicólogo no acompanhamento de pacientes queimados no processo de enfrentamento de sua dor física e existencial. Além disso, que a prática vivenciada no Estágio capacita o acadêmico de Psicologia em relação à experiência profissional adquirida no período do Estágio.

Destacando as atividades de cunho psicológico desenvolvidas no ambiente hospitalar, estas tiveram um importante papel no acompanhamento psicológico ao paciente hospitalizado vítima de queimadura, pois as atividades exercidas pelo

profissional da psicologia tem o objetivo de avaliar a demanda e qual o plano terapêutico será utilizado com o paciente e o acompanhante, que também está inserido nesse processo. Assim como, a avaliação da possibilidade do paciente continuar o tratamento psicológico em uma Unidade de Referência Especializada após a alta, se necessário.

Palavras-chaves: Psicologia Hospitalar; Queimados; Atuação do Psicólogo.

REFERÊNCIAS

CARVALHO, F.L., ROSSI L.A., CIOFI-SILVA, C.L. A queimadura e a experiência do familiar frente ao processo de hospitalização. Rev Gaúcha Enferm., Porto Alegre (RS) 2008 jun;29(2):199-206.

MENEZES, E. L. M.; SILVA, M. S. A Enfermagem no Tratamento de Queimados. São Paulo: EPU, 1988.

BORGES, E. S. Psicologia Clínica Hospitalar: Trauma e Emergência. Ed. Vetor. 2009.

GUIMARÃES, M. A., SILVA, F. B., ARRAIS, A. A atuação do Psicólogo junto a pacientes na Unidade de Tratamento de Queimados.

III CONGRESSO DE PSICOLOGIA: as diversas faces do cuidar.
De 26 a 28 de abril de 2018. Belém – PA/
HANGAR – Centro de Convenções da Amazônia
Volume 03 – ISSN: 2526-527X
CADERNO DE TRABALHOS COMPLETOS
http://revistas.unama.br/index.php/anaispsicologia/index

PSICOLOGIA HOSPITALAR E ONCOLOGIA: A UTILIZAÇÃO DO GENOGRAMA NO ATENDIMENTO A PESSOAS EM CUIDADOS PALIATIVOS ONCOLÓGICOS.

BAIA, Luiz Carlos
LEBREGO, Arina
LIMA, Fernanda

INTRODUÇÃO

Os cuidados paliativos são destinados a pessoas sem possibilidade de cura para suas doenças, formando um campo de atuação multiprofissional nos cuidados totais ativos e integrais.

A pessoa, que não tem possibilidade terapêutica de cura, não somente em fase terminal, mas durante todo o processo de evolução da doença, apresenta fragilidades e restrições bastante específicas de natureza física, psicológica, social e espiritual. Refere-se a pessoa no qual a ciência não possui recursos para deter o avanço fatal de sua doença, trazendo questionamentos para a equipe de saúde, familiares e para si mesma, necessitando de um modo específico de cuidado.

Diante do exposto, o objetivo geral desta produção acadêmica foi compreender o universo do cuidado paliativo, tomando como base a humanização, caracterizada pelo cuidado estabelecido pela psicólogo hospitalar no acompanhamento da pessoa fora de possibilidades de cura e de seus familiares, se utilizando do genograma como um recurso de intervenção direcionado a compreensão da subjetividade da pessoa a partir das suas relações familiares baseado nos critérios: sentido e significado, no qual o constitui coma pessoa, gerando autonomia para lidar com os eventos que compõem a sua própria história.

OBJETIVO

A possibilidade de investigar e discutir sobre a utilização do genograma como um dos instrumentos necessários, utilizado pelo psicólogo hospitalar tendo como finalidade o processo de potencialização da subjetividade e de elaboração de novos sentidos e significados dos eventos vivenciados pela pessoa e sua família perpassa

pela garantia de promoção de qualidade de vida fundamentando-se na humanização.

METODOLOGIA

Em termos metodológicos, trata-se aqui de uma pesquisa de natureza teórica e que utiliza a revisão bibliográfica sobre o tema proposto na literatura científica especializada e publicações oficiais do Ministério da Saúde e sobre o Cuidado Paliativo, assim como da produção científica do atendimento psicológico hospitalar e os fundamentos da Psicologia da Gestalt e como método de análise a fenomenologia.

DISCUSSÕES

Buscou-se, neste primeiro momento, teóricos que, fundamentados no conceito de saúde como bem-estar físico-psíquico-social e espiritual, pudessem compreender o homem na sua totalidade e integralidade, para que com o auxílio do conhecimento científico da psicologia se pudesse utilizar o genograma como um dos recursos no ambiente hospitalar, acessando a pessoa em cuidados paliativos em tudo aquilo que compreende a sua dimensão de corporeidade e subjetividade.

A partir daí foram estabelecidas algumas categorias de análise, dentre elas pode-se destacar o processo de compreensão de saúde doença numa perspectiva política e institucional no qual o processo do cuidar assume proporções muito tênue e que podem favorecer de uma forma geral um não cuidar. De acordo com Boff (1999) O cuidado é mais do que um ato singular ou uma virtude ao lado das outras. É um modo de ser, isto é, a forma como a pessoa humana se estrutura e se realiza no mundo com os outros. Melhor ainda: é um modo de ser-no-mundo que funda as relações que se estabelecem com todas as coisas. Logo a compreensão do processo saúde e doença perpassa epistemologicamente o singular com expressão da coletividade, mas sobretudo com repercussões estruturais e políticas.

CUIDADOS PALIATIVOS

O processo de uma nova compreensão do Cuidado Paliativo descontruindo uma mentalidade reducionista na qual se olha preferencialmente para a patologia em detrimento da pessoa e toda a sua perspectiva de qualidade de vida psíquica. Esta nova compreensão encontra fundamentação em conceitos relacionados a bioética,

pois englobam o bem estar daqueles que sofrem, como nos casos de doenças crônicas. Logo, a bioética é a ciência da sobrevivência humana, pois a dor e o sofrimento devem ser considerados numa visão multiprofissional.

Os Cuidados Paliativos baseiam-se teoricamente no conhecimento científico inerente a várias especialidades e possibilidades de intervenção clínica e terapêutica, porém, o trabalho de uma equipe de Cuidados Paliativos deve ser regido por princípios claros, que podem ser evocados em todas as atividades desenvolvidas. Estes princípios também foram publicados pela OMS em 1999 e reafirmados em 2012 (PESSINI, 2013).

A prática dos Cuidados Paliativos baseia-se no controle impecável dos sintomas de natureza física, psicológica, social e espiritual. Os princípios do controle destes sintomas se baseiam em avaliar antes de tratar; explicar as causas dos sintomas; não esperar que um doente se queixe; adotar uma estratégia terapêutica mista; monitorizar os sintomas; reavaliar regularmente as medidas terapêuticas; cuidar dos detalhes e estar disponível (NETO, 2008).

Toda unidade de Cuidados Paliativos deve contar com recursos como: psicoterapia, acupuntura, massagens e técnicas de relaxamento corporal, musicoterapia, terapia ocupacional, fisioterapia e acesso a procedimentos anestésicos e cirúrgicos para alívio de sintomas. A individualização do tratamento é imperiosa, assim como a atenção aos detalhes. A equipe paliativista é minimalista na avaliação e reavaliação de um sintoma.

Para Pessini (2013) a compreensão do processo de morrer permite ao paliativista ajudar a pessoa a compreender sua doença, a discutir claramente o processo da sua finitude e a tomar decisões importantes para viver melhor o tempo que resta, logo não pretende antecipar e nem postergar a morte. Mas sabe que ao propor medidas que melhorem a qualidade de vida, a doença pode ter sua evolução retardada.

Ainda segundo este autor, a perspectiva deste cuidado é oferecer um sistema de suporte que auxilie a pessoa a viver tão ativamente quanto possível até a sua morte. Este princípio determina a importância das decisões e a atitude do paliativista. Segui-lo fielmente significa que este profissional não poupará esforços em prol do

melhor bem-estar e não se precipitará, em especial, na atenção à fase final da vida, evitando a prescrição de esquemas de sedação pesados, exceto quando diante de situações dramáticas e irreversíveis, esgotados todos os recursos possíveis para o controle do quadro.

Quando os familiares compreendem todo o processo de evolução da doença e participam ativamente do cuidado, eles sentem-se mais seguros e amparados. Assim, algumas complicações no período do luto podem ser prevenidas. É preciso ter a mesma delicadeza na comunicação com o doente, aguardar as mesmas reações diante da perda e manter a atitude de conforto após a morte.

A PSICOLOGIA HOSPITALAR E O ACOMPANHAMENTO DE PESSOAS EM CUIDADOS PALIATIVOS.

A psicologia dentro do hospital também vem contribuir com a humanização da medicina, ao invés de doenças existem doentes (PERESTRELLO, 1989 apud SIMONETTI, 2004). Com isso o estado de saúde da pessoa quando hospitalizada é de fragilidade física e psicológica, assim a prática da psicologia hospitalar requer uma compreensão mais abrangente acerca do homem e do seu modo de existir. O ser humano adoece na sua totalidade, portanto no ambiente hospitalar se fará necessário olhar para a pessoa e não para a sua doença, evidenciando assim, a pessoa dentro do seu contexto histórico.

A escuta psicológica torna-se fundamental no sentido de minimização dos sentimentos de angustia e ansiedade da pessoa, possibilitando-lhe a manifestação de sentimentos e apoiando no processo de compreensão de suas vivencias dolorosas relativas ao processo de adoecimento e ao tratamento, mediando e favorecendo a relação de confiança entre pessoa e equipe.

O enfoque nos cuidados paliativos não é a cura, mas proporcionar a qualidade de vida das pessoas em fase terminal também dentro do setor de terapia intensiva. Portanto tratamentos desnecessários que prolonguem a vida devem ser evitados, assim como procedimentos invasivos, dolorosos e exames desnecessários. Essas pessoas precisam receber apoio emocional, psicológico e espiritual com o objetivo de amenizar a dor, minimizar seus sintomas e sofrimento.

Ao se aproximarem da morte, as pessoas necessitam de alguém que possa estar presente na dor, criando um espaço para esclarecimento de suas dúvidas, angústias, anseios e esperanças onde possam ser ouvidas e acolhidas e desta forma proporcionar a pessoa a possibilidade de resignificar, traduzir e dar significado para tal experiência. Com isso a pessoa em fase terminal passa a ter voz e demandas específicas, tornando-se um ator central no processo de sua morte. (BRUSCATO et al, 2004).

O GENOGRAMA COMO INSTRUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO DO PADRÃO DE FUNCIONAMENTO FAMILIAR.

A autonomia e Criatividade na atuação do Psicólogo Hospitalar a partir da utilização do Genograma Familiar no acompanhamento de pessoas em cuidados paliativos (oncológicos), que mesmo sofrendo diversos condicionamentos pela doença, podem apresentar uma qualidade de vida psíquica, emocional e social. Pois cada nova vivência é uma experiência compreendida na relação entre passado – presente – futuro que deve ser legitimada e potencializadora de sentido, devolvendo o protagonismo a pessoa em finitude de vida.

Com isso o psicólogo atuará na tentativa de reorganizar a consciência do paciente no mundo, formatando seu novo esquema corporal, reconstruindo sua nova imagem. Isto é fundamental para o êxito na restruturação e reconstrução de seu próprio eu, uma vez que a imagem corporal e o autoconceito representam a consciência de sua própria individualidade.

Partindo do pressuposto de que corpo e mente compõem o homem como um todo e que o processo de adoecimento compromete as dimensões bio-psico-social, exige-se da equipe multidisciplinar de saúde uma atuação interdisciplinar efetiva, na qual se fará necessário compreender que muitas vezes o modelo terapêutico biomédico não apresentará resultados satisfatórios a algumas questões da pessoa que são necessárias ao restabelecimento de sua qualidade de vida, e, portanto, outras avaliações precisarão ser realizadas, assim como a aplicação de técnicas e instrumentais com a finalidade de apreensão de uma realidade na demanda vivenciada na história de vida da pessoa. (KOVÁCS,1998)

Segundo este autor, a realidade poderá apresentar-se como um sentimento de ansiedade crônica, fobias, consumo de drogas, agressividade, sintomas diversos e doenças psicossomáticas que influenciam diretamente no processo saúde – doença muitas vezes só serão compreendidas por meio de um estudo mais aprofundado realizado a partir da utilização do genograma familiar.

De acordo McGoldrick (2012) pode-se considerar que os Genogramas permitem “mapear claramente a estrutura familiar, observar e atualizar o mapa dos padrões de relações de funcionamento da família à medida que vão surgindo”. Esta mesma autora também afirma que o Genograma possibilita para os registros clínicos um resumo eficiente e indica os recursos potenciais que poderão ser utilizados no decorrer do processo de acompanhamento.

O Genograma surge então como um instrumento de atualização do passado no presente, ou seja, visualizar o que antes foi considerado uma “questão problemática” na composição da história familiar, porém hoje pode ser analisado e compreendido no seu contexto atual e histórico. A análise do contexto familiar da pessoa em cuidados paliativos permite que o profissional conheça as conexões primeiramente entre os membros da família nuclear e, posteriormente, a família extensa, amigos, a comunidade na qual conviveu grande parte de sua vida, assim como o meio social e cultural. Além de compreender os pontos fortes e vulnerabilidades da família em relação à situação como um todo.

O sofrimento e o adoecimento físico e mental também poderão ser analisados a partir da ótica das relações familiares. No acompanhamento hospitalar contínuo também poderão ser compreendidos os comportamentos de presença ou ausência de alguns membros da família neste processo.

A UTILIZAÇÃO DO GENOGRAMA NO ATENDIMENTO PSICOLÓGICO A PESSOA EM CUIDADO PALIATIVO E SEUS FAMILIARES

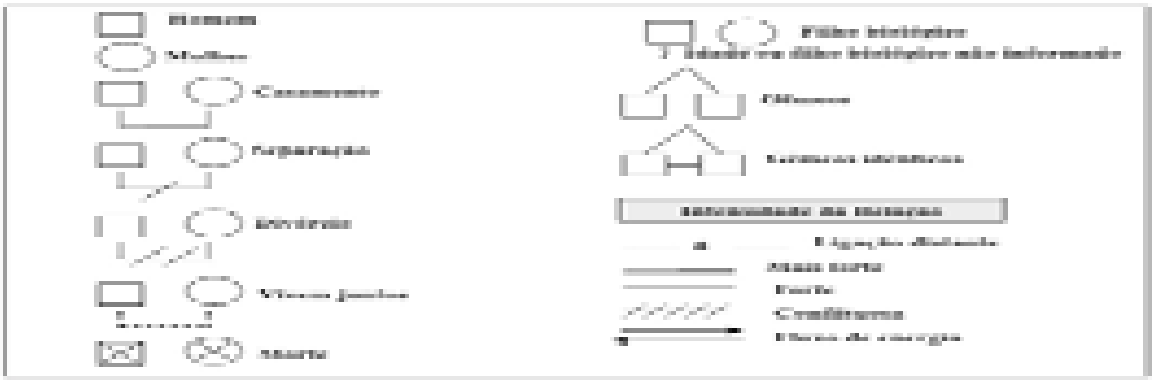
Como visto anteriormente, é praticamente impossível estabelecer o cuidado paliativo a pessoa sem considerar a dinâmica do seu contexto familiar. A família mostra-se, portanto, como peça chave neste processo. A possibilidade da criação de uma relação comunicacional entre o profissional, pessoa e família torna-se

extremamente necessário para a construção do mapeamento familiar no qual será estruturado este espaço de qualidade de vida a partir de um olhar e uma intervenção psicológica.

O primeiro desafio neste tipo de intervenção é conhecer quem é esta pessoa que se encontra fora de possibilidade de cura e neste momento não bastam as informações básicas já contidas nas fichas de prontuários médicos, mas sim conhecê-la de uma outra forma, ou seja, na sua subjetividade, individualidade, gostos, sonhos, frustrações, perdas, superações, história de vida, relações familiares, assim como o seu próprio padrão de funcionamento. Segundo Rosset (2008) enxergar o padrão de funcionamento, é enxergar o seu funcionamento sem as conotações lineares daquilo que seja bom ou ruim, certo ou errado, mas como uma condição pessoal.

Aprofundar-se no conhecimento do padrão de funcionamento da pessoa significa ser lançado também na possibilidade de apreensão do padrão de funcionamento do sistema familiar e assim compreender que lugar cada um ocupa diante do evento doença na família. Com isso a possibilidade de se trilhar este caminho está condicionada as pessoas que apesar de estarem sem possibilidade de cura, encontram-se com sua capacidade cognitiva preservada mantendo assim boa relação com a equipe profissional e com os seus familiares. Esta proposta de uma nova forma de intervenção nasce da introdução do Genograma como mais um instrumento necessário no atendimento psicológico no ambiente hospitalar.

Assim como a nossa linguagem falada potencializa e organiza nossos processos de pensamento, os Genogramas auxiliam os profissionais a pensarem sistematicamente sobre como os acontecimentos e relações nas vidas das pessoas estão relacionados a processos de saúde e doença. Tal representação será demonstrada graficamente e conforme a especificidade de cada sistema familiar. Os gráficos utilizados no genograma são:



De acordo com Correia (2009) no atendimento familiar é de grande relevância ter “conhecimento dos acontecimentos que geraram mudanças, alterações no ciclo vital, assim como dos problemas relacionados a doenças, mortes etc.”, pois a partir destas apreensões e análises se poderá compreender os comportamentos atuais tanto da pessoa quanto de seus familiares na posição de cuidadores. As marcas e feridas do passado estão sempre presentes, logo partindo destes fatos quando os membros da família são questionados a respeito da situação presente, principalmente naquelas carregadas emocionalmente com frequência se tornam claros os padrões de repetições das gerações anteriores (conflitos, negligencias, abandonos etc.).

ELEMENTOS DO GENOGRAMA NO ACOMPANHAMENTO DA PESSOA EM CUIDADO PALIATIVO ONCOLÓGICO

O Genograma não representa uma fórmula fechada no qual podem estabelecer parâmetros únicos quanto a viabilização da utilização do mesmo que podem torná-lo mais ou menos eficaz. A proposta neste tópico é apresentar a referência básica para o inicio de uma intervenção segura. De acordo com Wendet e Crepaldi (2003) podemos considerar:

- A descrição dos elementos da família assim como a forma de organização com os seus símbolos e regras, tomando sempre como referência a pessoa fora de possibilidade de cura; (Nomes e anos de nascimento dos membros da família; relações biológicas e graus de parentesco familiar; casamentos, separação e divórcio; perfil do filho mais velho e dos seguintes por ordem de

nascimento; os falecimentos indicados com ano e causa de morte; indicação dos membros da família que ainda convivem na mesma residência)

- A história clínica da pessoa – doenças crônicas, graves ou até mesmo transmitidas hereditariamente;
- Os padrões estabelecidos pela família no que se refere ao relacionamento pessoal; (padrões com característica de dominação; aproximações ou distanciamento nas relações; a presença de conflitos permanentes que comprometem a relação familiar; as alianças estabelecidas de forma velada; outras formas de relações triangulares)
- Outras informações familiares como, por exemplo: profissão, escolaridade, presença de violência doméstica, abuso no consumo de álcool, tabagismo etc.

O processo de construção do genograma requer o máximo de atenção e escuta técnica para que tanto a pessoa quanto os membros do sistema familiar possam encontrar-se a vontade e seguros diante dos relatos apresentados. Mediante a série de informações apresentadas pela pessoa e pela sua família será realizada a construção da árvore genealógica, contudo serão utilizadas figuras geométricas que representarão a figura masculina e feminina (círculo para mulheres e quadrados para homens) assim como na própria posição como estarão dispostos no gráfico familiar (por exemplo, pai/marido à esquerda e mulher/mãe à direita) unidos por uma linha representada pela aliança matrimonial ou geracional.

A PSICOLOGIA DA GESTALT COMO RECURSO NA UTILIZAÇÃO DO GENOGRAMA.

De acordo com Rodrigues (2011), o processo de validação dos sentimentos e autonomia na elaboração de novos significados, é entendida como um processo constituído não pela predominância do empírico, mas sobretudo pela construção de um espaço de encontro relacional, onde a pessoa em cuidado paliativo poderá encontrar-se consigo mesma, com o outro e com o mundo, proporcionando uma melhor condição de existir.

A partir desta perspectiva o atendimento psicológico tornar-se este lugar onde a pessoa em cuidado paliativo possa existir como ser de perspectivas, apesar do

condicionamento de temporalidade. Ou seja, garantir o direito de dar voz a experiencia do seu próprio processo, possibilitando assim a compreensão da produção de sentidos diante das experiencias vividas no processo de adoecimento e pela proximidade da morte, sejam estas vivências reais ou não.

Segundo Ribeiro (2007) para a Gestalt – Terapia a temporalidade é expressada em três dimensões que se manifestam por meio de modalidades chamadas de tempo vivido ou experiência interna do tempo. Experiência que pode se expressar como tempo experimental, ou seja, aquilo que acontece neste tempo agora (imediato) e o tempo experiencial, que é basicamente como vivencio o que está acontecendo agora, e o tempo existencial que representa a sensação do para que experencio este meu tempo agora. E por fim o tempo transcendental, que é quando estas três categorias se fundem e aí se perdem. Este é o tempo sem tempo, um tempo no qual o estar consciente da experiencia vivida agora preenche todo o ser da pessoa. Tal experiencia pode ser manejada por meio do recurso do Genograma principalmente no processo de identificação da constituição das relações familiares.

Todavia, a produção de sentido poderá está relacionada a duas preocupações básicas. A primeira seria a de compreender a relação dos membros da família com a sua doença, corporeidade e o morrer, e o segundo o de tentar compreender como estas relações são constituintes de espaços de sentido subjetivos, implicados diretamente na possibilidade ao sujeito de estabelecer para si novas possibilidades de ser e estar no mundo.

Neste processo o psicólogo hospitalar passará a ocupar o lugar de mediador através de uma relação dialógica, entre a pessoa e suas experiências, sempre levando em consideração o caráter de terminalidade e hospitalização. É a partir deste lugar que se deve proporcionar a pessoa a autonomia de pensar numa perspectiva de futuro e não apenas cristalizado as experiências do passado e as limitações impostas pela doença.

Portanto, uma intervenção com pessoas em cuidados paliativos limitada as experiências do passado, estaria associada simbolicamente falando a um processo de mutilação. É necessário permitir que a vida continue acontecendo proporcionando

a pessoa o desejo de pensar num futuro, por menor que seja, pois o que projetamos em nossa vida é geralmente aquilo que nos mantem vivos.

A utilização do genograma como recurso neste processo tornará visível a relação entre passado, presente e futuro, para a pessoa quanto para os seus familiares. Parece até contraditório falar de futuro para pessoas terminais, porém é de grande relevância pois este futuro (ou sua impossibilidade) invade todo o presente, pelo risco de morte. Logo, como toda vivência é uma experiência do aqui-agora, como tecer novos sentidos neste presente? Como possibilitar que os sentidos do futuro continuem existindo? Tudo parte da compreensão do lugar desta pessoa no mundo e como ela constitui seus sentidos e significados em relação a si mesma e a morte.

CONCLUSÃO

O Sistema Único de Saúde – SUS, reconhece o homem na sua totalidade, partindo do princípio da sua existência em três dimensões – biológica, social e psicológica, devendo todas serem contempladas pelos serviços de saúde. Estes serviços devem estar voltados para proteção, promoção e recuperação da saúde.

A psicologia hospitalar surge com a finalidade de proporcionar a escuta e dar voz ao homem em seu processo de adoecimento, ou seja, desempenha papel importante de mediação entre a pessoa e suas experiencias, ou seja, a dor, o sofrimento, as perdas e as mutilações. Nestes processos estão inclusos todos os níveis de constituição subjetiva, haja vista que compreender a subjetividade consiste numa atitude complexa.

O psicólogo hospitalar poderá se utilizar de vários recursos neste processo de compreensão da subjetividade, poderá utilizar-se inclusive do Genograma como uma forma de mapeamento da constituição das relações afetivas determinantes no processo de saúde e doença. O genograma torna-se este caminho para uma reintegração de um novo olhar, uma nova história para a pessoa no seu processo de terminalidade.

Como foi abordado durante toda pesquisa, o cuidado paliativo e a necessidade de uma intervenção que olhe a pessoa e não a doença, se faz

necessário a partir do momento em que esta pessoa em processo de terminalidade pode existir de forma autônoma e responsável pela sua história. Garantir este protagonismo passa necessariamente pelo psicólogo hospitalar como mediador desta experiência do existir, mesmo que seja num corpo fragilizado e comprometido pelo curso normal da doença, porém fortalecido na sua subjetividade e em seus processos de fazer novas escolhas. Pensar o genograma como meio para realização do contato com fatos e relações constituídas num passado é pensa-lo também no presente e atualização do futuro.

Com isso é necessário pensar o processo de existir (existência) numa realidade corporal subjetivada, ou seja, como um espaço expressivo, mas também como espaço hipotético (ruptura), pois a medida que se constrói sentidos subjetivos agregados a este corpo passa ser a pessoa dentro de suas possibilidades. Pensar no processo de existir de uma forma relacional é proporcionado por meio do recurso do genograma, no qual se situa o tempo e espaço, possibilitando assim dentro das possibilidades obter novas compreensões sobre a pessoa em cuidado paliativo, sobre a sua morte e sobre os outros.

REFERÊNCIAS

ALAMY, Suzana. Ensaios de Psicologia Hospitalar- a ausculta da alma. Belo Horizonte: 2003

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Cuidados Paliativos Oncológicos: controle de sintomas. Rio de Janeiro: INCA, 2013.

_____.Secretaria da Saúde. Cartilha Humaniza SUS. Disponível em:http://www.dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/instrumento/arquivo/04_Cartilha_HumanizaSUS.pdf Acesso em: 15 de abril.

_____ Constituição de 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado 1988.

BOFF, L. Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra. Petrópolis (RJ): Vozes; 1999.

CASTRO, M.G; ANDRADE, T.R; MULLER,M. Conceito de mente e corpo através da história. Psicologia em Estudo, v. 11. 2006.

CORREIA, Elaine Carvalho; MARTINS, Giseli Texford. Genograma: um instrumento de saúde mental. Revista das Faculdades Santa Cruz, v.7 n.2 Dezembro de 2009.

GORAYED. R. A prática da psicologia hospitalar. In: MARINHO. M. L; CABALLO. V. (Org.) Psicologia Clínica e da Saúde. Granada: Editora UEL, 2001.

KOVÁCS, M.J. Avaliação de qualidade de vida em pessoas oncológicos em estado avançado da doença. In: Psico-oncologia no Brasil: Resgatando o viver. M. M. J. De Carvalho (org), Cap.3 pp. 159-185, Ed. Summus, São Paulo, 1998.

McGOLDRICK, Monica. Genogramas: avaliações e intervenção familiar. Revista técnica – 3.ed. Porto Alegre- Artmed, 2012.

MACIEL, Maria Goretti Sales. Ética e Cuidados Paliativos na Abordagem de Doenças Terminais. A terceira Idade. São Paulo:SESC, v. 18, nº 38, fev.2014.

NETO, I.G. Modelos de controlo de sintomas. Manual de Cuidados Paliativos. Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos, Centro de Bioética, Faculdade de Medicina de Lisboa; 2008.

PERLS, F; GOODMAM, P.;HEFFERLINE, R. Fundamentos da Gestalt- Terapia. São Paulo. Editora Summus, 2016.

PESSINI L. Cuidados paliativos: alguns aspectos conceituais, biográficos e éticos. *Prática hospitalar* 2013; (41):107-12.

RIBEIRO, Jorge Ponciano. Vade Mecum de Gestalt – Terapia: conceitos básicos – 2ª ed. São Paulo: Summus 2007.

RODRIGUES, Hugo Elídio. Introdução a Gestalt – Terapia: conversando sobre os fundamentos da abordagem gestáltica. 8 ed. Petrópolis- RJ; Vozes, 2011.

ROSSET, Solange Maria. Terapia Relacional Sistêmica: famílias, casais, indivíduos. Curitiba: Sol, 2008.

III CONGRESSO DE PSICOLOGIA: as diversas faces do cuidar.
De 26 a 28 de abril de 2018. Belém – PA/
HANGAR – Centro de Convenções da Amazônia
Volume 03 – ISSN: 2526-527X
CADERNO DE TRABALHOS COMPLETOS
http://revistas.unama.br/index.php/anaispsicologia/index

ANÁLISE PSICANALÍTICA DO CONTO "A PEQUENA SEREIA": A ESCOLHA DO OBJETO AMOROSO

ANDRADE, Pâmella
Andrade.psicologia8@gmail.com
SIQUEIRA, Silvana

INTRODUÇÃO

Considerando que os contos a serem recontados ao longo dos séculos foram se remodelando, as necessidades da sociedade de cada época suscitam a possibilidade de trazer significado de conteúdos manifestos e latentes tanto na criança como nos adultos (BETTELHEIM, 2014). Os contos têm uma grande importância para se compreender alguns dilemas básicos da vida humana: o medo de não ser amado, o abandono e a morte. Deixando resquícios na infância de que existe a vida eterna. (BETTELHEIM, 2014).

Freud entendia os mitos como repetição dos sonhos típicos. "Os mitos, antes de serem mitos, eram sonhos, que por serem também" "dramatizações do que se opera na estrutura" envolviam todos na sua comunicação" (LEITE, 2010, p.79, grifo do autor). Pois, "para Freud, o fato de haver uma estrutura comum no psiquismo do homem é o que produz sonhos em comum, os quais, pelo relato repetitivo, se transformam em lendas e mitos. " (LEITE, 2010. P.79).

OBJETIVO

Analisar a escolha do objeto de amor feminino a partir do conto "a pequena sereia" de Hans Christian Andersen, utilizando como referencial teórico a psicanálise e descrever a partir do referencial psicanalítico as relações primárias da mulher para compreender o processo de desvinculação da família para a escolha do objeto amoroso.

METODOLOGIA

Foi realizado um levantamento bibliográfico inicial para a Realização da formulação do problema em questão, busca de fontes que embasam o trabalho,

leitura do material direcionado ao tema, fichamento dos textos escolhidos, organização e elaboração da pesquisa. O tipo de pesquisa é de natureza bibliográfica, qualitativa e o delineamento explicativo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram discutidos sobre a fase da infância, os mitos e a relação destes com a psicanálise; o édipo da menina; o amor e a saída de casa e a escolha objetal feminina. Na análise psicanalítica do conto “a pequena sereia” teve-se como discussão a função materna, pois, segundo Freud (1931), o primeiro objeto de amor do indivíduo tem que ser a mãe, pois ela que dá condições primárias para a escolha de objeto. A saída de casa como o crescimento do indivíduo e libertação da autoridade dos seus cuidadores.

O apaixonamento pelo sexo oposto no complexo de Édipo, daquele que exerce a função paterna. O salvamento desse amor podendo ser compreendido quando uma mulher salva uma pessoa, por exemplo uma criança da água, a qual reconhece a mulher como a mãe que deu à luz. (FREUD, 1910). A escolha do objeto amoroso de acordo com o tipo narcísico.

A Castração e interdição do incesto em relação à segunda fase da castração feminina onde surge do desejo de ser provida do pênis masculino, os sacrifícios em busca de um amor em relação à idealização do objeto amado. A aproximação da morte na personagem “a pequena sereia” com a relação do objeto perdido. A perda do objeto de amor, e a morte como agressão àquele outro perdido.

CONCLUSÃO

A partir da análise psicanalítica o conto da Pequena Sereia, puderam ser trabalhados desde os cuidados maternos, que são fundamentais; as fases do Édipo; a escolha de objeto anaclítico e narcisista; saída de casa e sacrifícios em busca do objeto amado e a ideia em relação ao suicídio na perda do objeto investido em uma relação do tipo narcísico. O estudo sobre os contos de fadas fez-se importante no trabalho perante questões relacionadas à constituição do sujeito, na correlação entre leitura e análise. A decisão de analisar um conto de fadas a fim de estudar sobre a

escolha de objeto feminino partiu da observação de como o amor e a possibilidade de escolha de um objeto amoroso nos contos são presentes, visto que necessitamos de um outro para nossa sobrevivência a partir de nossas experiências de satisfação e identificações que levam a uma escolha amorosa.

Palavras-chaves: Contos de fadas. Psicanálise. Escolha do objeto amoroso feminino.

A Pequena Sereia

REFERÊNCIAS

BETTELHEIM, B. A Psicanálise dos Contos de Fadas. Trad. Arlene Caetano. 29 ed. Rio de Janeiro, São Paulo: Paz e Terra, 2014.

FREUD, Sigmund. Um tipo especial de escolha de objeto feita pelos homens (contribuições
a psicologia do amor I). (1910). In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de janeiro: Imago. 1996. V. XI

FREUD, Sigmund. Sexualidade feminina (1931) In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de janeiro: Imago. 1996.V.XXI

LEITE, M. Psicanálise Lacaniana: cinco seminários para analistas Kleinianos. São Paulo: Iluminuras, 2010.

III CONGRESSO DE PSICOLOGIA: as diversas faces do cuidar.
De 26 a 28 de abril de 2018. Belém – PA/
HANGAR – Centro de Convenções da Amazônia
Volume 03 – ISSN: 2526-527X
CADERNO DE TRABALHOS COMPLETOS
http://revistas.unama.br/index.php/anaispsicologia/index

ANÁLISE PSICANALÍTICA DO CONTO "A PEQUENA SEREIA": A ESCOLHA DO OBJETO AMOROSO

ANDRADE, Pâmella
andrade.psicologia8@gmail.com
SIQUEIRA, Silvana

INTRODUÇÃO

Observamos que os contos de fadas são contados e recontados através de gerações, estando presentes na vida das pessoas desde a infância até a vida adulta, carregando em suas origens o requisito simbólico que o faz estar presente na vida das pessoas. Tais contos se presentifica na infância como uma maneira de passar por conflitos inconscientes.

Considerando que os contos a serem recontados aos longos dos séculos foram se remodelando, pois trazem as necessidades da sociedade de cada época suscitando a possibilidade de trazer significado de conteúdos manifestos e latentes, tanto na criança como nos adultos. (BETTELHEIM, 2014). Os contos têm uma grande importância para se compreender alguns dilemas básicos da vida humana: o medo de não ser amado, o abandono e a morte. Deixando resquícios na infância de que existe a vida eterna. (BETTELHEIM, 2014).

Freud entendia os mitos como repetição dos sonhos típicos. "Os mitos, antes de serem mitos, eram sonhos, que por serem também" "dramatizações do que se opera na estrutura" envolviam todos na sua comunicação" (LEITE, 2010, p.79, grifo do autor). Pois "para Freud o fato de haver uma estrutura comum no psiquismo do homem é o que produz sonhos em comum, os quais, pelo relato repetitivo, se transformam em lendas e mitos. " (LEITE, 2010. P.79).

OBJETIVO

Analisar a escolha do objeto de amor feminino a partir do conto "a pequena sereia" de Hans Christian Andersen, utilizando como referencial teórico a psicanálise para descrever as relações primárias da mulher para se compreender o processo de desvinculação da família para a escolha do objeto amoroso.

METODOLOGIA

Foi realizado um levantamento bibliográfico inicial para a realização da formulação do problema questão, busca de fontes que embasam o trabalho, leitura do material direcionado ao tema, fichamento dos textos escolhidos, organização e elaboração da pesquisa. O tipo de pesquisa é de natureza bibliográfica, qualitativa e o delineamento explicativo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A seguir será trabalhado capítulos que irão abordar a discussão e análise psicanalítica do conto de fadas para a compreensão da escolha objetal feminina.

A importância dos contos de fadas, onde dissertaremos acerca da compreensão da psicanálise sobre a função e importância dos contos de fadas na vida dos sujeitos. No sub. Tópico *Os mitos e a psicanálise*, vamos discorrer sobre a constituição dos mitos, servindo de complemento para o capítulo anterior, pois mostra como a teoria psicanalítica é importante para embasar a presente pesquisa.

O *Amor e saída de casa,* analisaremos como a psicanálise compreende o processo de escolha amorosa nas mulheres, desde a infância até a vida adulta, e as idealizações existentes nestas escolhas, dando ênfase à desvinculação da família de origem e sua constituição familiar para a passagem à construção da sua própria família, bem como as dificuldades e consequências deste processo para a subjetividade feminina.

A *Escolha objetal feminina*, será dissertado sobre a escolha de objeto da mulher para embasar a análise do conto da Pequena sereia e mostrar sua importância no processo de escolha de um amor objetal.

A análise psicanalítica do conto: A Pequena Sereia, de Chris Andersen, onde será trabalhado todo o processo de constituição da personagem, sua relação com a família, a decisão de saída de casa, os sacrifícios e perdas em busca de um objeto de amor idealizado. Buscando trazer o processo de escolha de objeto.

A IMPORTÂNCIA DOS CONTOS DE FADAS

Introduzir os contos de fadas na infância é muito enriquecedor, suscitando a ideia de que quando se começa a história, com a palavra-chave de era uma vez, pode-se vivenciar uma era distante, participando dela, entrar na trama da fantasia e ter um final feliz, apesar de enfrentar vários obstáculos. Um requisito simbólico preservado em todos os contos é o amor, seja ele pela família, a algo ou alguém, e as dificuldades enfrentadas durante toda a trama e a possibilidade de vencê-la. O amor traz o fio da esperança para lutar contra os inimigos, com suas angústias, e ter no final o sentimento de felicidade eterna por ter tentado vencer seus medos em busca de um sentimento singelo, que é o amor.

OS MITOS E A PSICANÁLISE

Baseado nos estudos antropológicos de Lévi- Strauss, LEITE (2010, p.77) afirma que “O mito ocorre em todas as culturas, ao passo que a lenda só em determinadas regiões. Os mitos são sempre épicos, grandiosos, com heróis, deuses, e metaforizam aspectos da estrutura do psiquismo humano”. Os mitos e contos respondem questões essenciais, trazendo a possibilidade de saber como pode ser o mundo e como viver nele. Os mitos dão respostas mais explícitas e os contos de fadas são sugestivos. (BETTELHEIM, 2014).

Para Bettelheim (2014) os psicanalistas freudianos tratam de mostrar como os conteúdos trazidos pelos mitos e os contos são recalcados no inconsciente e como se pode relacionar com os sonhos e fantasias. “Há uma concordância geral em que os mitos e contos de fadas nos falam na linguagem de símbolos representando conteúdos inconscientes” (BETTELHEIM, 2014, P.53). As histórias proporcionam o medo, o desamparo, e em seguida o amparo necessário para seguir lendo ou ouvindo uma história, que lhe tragam a sensação de estar sozinho, com dificuldades, e a sensação de satisfação em ser ajudado a passar pelo estado difícil.

ÉDIPO DA MENINA

A primeira ligação do édipo se constitui com a função materna, que a criança depende vitalmente de cuidados do outro, podendo ser ou não a mãe biológica. A ligação paterna não advém de uma construção biológica e de sentidos que provem a veracidade da paternidade, só se tem através do que é constituído socialmente e

biologicamente, no qual coito-fecundação resulta em uma paternidade, e assim, a necessidade de realizar a função paterna. (LEITE, 2010, p.81). Já em algumas culturas a fecundação ocorre por forças maiores, sejam deuses ou eventos da natureza. Para uma maior compreensão existe o pai real e o simbólico, o primeiro é aquele que exerce a função de copulação, proporcionando a gravidez e nascimento de uma criança. Mas este não significa que irá fazer a função paterna, pois o pai simbólico é aquele que é reconhecido pela mãe e a criança como detentor e responsável por realizar essa função. (LEITE, 2010, p.81)

AMOR E A SAÍDA DE CASA

Em alguns contos que falam de amor, mostra-se que as filhas terão que enfrentar dois impasses: o daquele no qual o pai cobra vínculos afetivos para mantê-las em casa, não cabendo na relação paterno-filial, e o outro impasse sendo a luta para sair de casa e por suas resistências, situação em que são privadas de suas regalias, onde tudo que desejam, se realiza, impulsionando a saída de casa em busca de seu príncipe, onde realizam seus desejos. (CORSO, CORSO, 2006). Para ocorrer o amor é necessário que haja o rompimento com a família primária, e a relação paterno filial tenha constituído uma nova fase, para conseguir amar fora de casa, daqueles que o cuidaram na infância. (CORSO, CORSO, 2006).

Sair de casa é como provar para si e para os outros a capacidade de ir à busca de seus objetivos, sem necessitar dos cuidadores por toda a vida: “Viver junto da família, na mesma casa, equivale a ficar à mercê de seus julgamentos e desígnios. É preciso partir para o mundo para revelar e descobrir o próprio valor, conquistar méritos que funcionem como pequena vingança. ” (CORSO, CORSO, 2006, p.37-38).

ESCOLHA OBJETAL FEMININA

A escolha de objeto de amor feminina tem o pai como figura de objeto de amor

ideal, podendo fazer a pessoa ir à busca desse modelo.

Mas em pessoas que houve alguma perturbação no desenvolvimento libidinal, a escolha do objeto amoroso se dá pelo modelo do seu próprio eu, deixando

de seguir o modelo materno. Pois essas pessoas procuram a si mesmas como objeto amoroso, esse tipo de escolha objetal se chama narcisista. (FREUD, 1914).

Segundo Freud (1914), os caminhos que levam à escolha de um objeto de acordo com o tipo narcisista são: o que ela própria é, o que ela própria já foi, o que ela gostaria de ser, alguém que foi parte dela mesma. E em relação com o tipo anaclítico, chamado de ligação, é: a mulher que o alimenta, o homem que a protege e substitutos que apoderam seu lugar.

O tipo de escolha de objeto é mais encontrado é o tipo narcisista, mas há dois tipos de escolha objetal, o tipo narcisista e o tipo anaclítico. Geralmente há preferência para algum dos dois. O ser humano pode ter dois objetos sexuais, podendo ser ele próprio ou a mulher que supre suas necessidades ou o homem que a protege, assim, é possível considerar um narcisismo primário a todos os indivíduos que pode se manifestar de forma imperante em relação a sua escolha objetal. (FREUD, 1914).

ANÁLISE PSICANALÍTICA DO CONTO: “A PEQUENA SEREIA”

Iniciaremos a análise retornando ao objetivo geral e específico que versa sobre a escolha de objeto amoroso feminino. O conto da Pequena Sereia, de Hans Christian Andersen, traz elementos simbólicos a serem analisados através da psicanálise, mostrando a idealização frente a busca de uma vida ideal, o real dos obstáculos vivenciados no processo de desenvolvimento da infância a vida adulta, mostrando sofrimento, perdas e desejos. É justamente a presença da avó, cumprindo com a função materna, que vai contribuir para esse processo de desenvolvimento da infância de suas netas para a vida adulta, assim gostaria de trazer elementos do conto para ratificar essa função cumprida pela avó. E para entendermos a mulher com a família de origem e seu processo de separação, precisamos entender a constituição do Édipo, pois é ele que irá ser fundamental pela escolha do objeto de amor feminino.

O rei do mar era viúvo e sua mãe idosa cuidava da casa para ele e de suas seis netas, se dedicava a elas. Ela era inteligente e orgulhosa sobre seu nobre berço. Pode ser reconhecida como alguém que tem o saber e experiência do mundo. Isso

vai ao encontro de algumas culturas onde as pessoas mais velhas são escutadas por sua longa trajetória de vida. Ela tinha a função de repassar os ensinamentos já vividos, e tudo o que ainda é desconhecido pelas sereias serem crianças, e era justamente por isso que apresentavam poucas experiências, porque só poderiam ter a autorização de sair de casa depois dos quinze anos, e assim ela fazia parte do processo de desenvolvimento das princesas para realizarem ritos de passagem. Essa relação da avó com as netas, se assemelha a cuidados, a funções maternas que a criança necessita desde o início da vida.

A pequena Sereia ansiava fazer quinze anos para conhecer o mundo dos humanos e as pessoas que vivem nele. Assim que completou a tão esperada idade recebeu permissão para ir à superfície. Sua avó a preparou para o rito de passagem, colocando uma grinalda e várias ostras em sua cauda, mas sentiu dor nesse processo.

Ela deu adeus a sua família e foi até a superfície. Essa permissão dada a Pequena Sereia ao completar quinze anos se torna dolorosa em sua preparação até a ida a superfície, podendo ser compreendida como a possibilidade de ver o mundo além dos olhos de pai e mãe.

Ao chegar à superfície ela viu, sentiu e ouviu coisas novas. Mas uma pessoa chamou sua atenção, um rapaz muito belo, de olhos escuros e que deveria ter menos de dezesseis anos, e ela ficou horas admirando o príncipe. O estado de apaixonamento pelo príncipe pode se assemelhar com o direcionamento de amor para o pai no complexo de Édipo.

O acontecimento desse amor pode ir ao encontro como um apaixonamento pelo sexo oposto no complexo de Édipo, aquele que faz a função paterna. Esse tipo de escolha objetal pode ser de ligação (anaclítica), pois estar apaixonado depende de condições infantis para amar e tudo o que satisfazer é idealizado. (FREUD, 1914).

Uma forte tempestade veio e pôs o navio em perigo e o fez partir, desse momento o príncipe sumiu nas profundezas do mar e ela pensou que ele faria parte do seu mundo, mas lembrou que ele só poderia chegar ao reino do seu pai como um homem morto, mas ele não podia morrer, assim, mergulhou e lutou com o perigo até encontrá-lo. Ela carregou ele até um pedaço de terra e o beijou na testa desejando

que sobrevivesse. Em relação ao ato de salvamento do príncipe no conto, pode ser relacionado com os estudos sobre lembranças encobridoras, em relação a fantasia e sonhos.

A Pequena Sereia após tirar ele da água, deu carinho, pegou em seu cabelo e o beijou. Foi para longe de onde tinha o deixado esperando que alguém ajudasse. Ao acordar o príncipe sorriu a todos, mas nunca saberia que ela o salvou, então a sereia voltou triste para o palácio de seu pai e ficou assim por muitos dias até o questionamento de suas irmãs sobre o que aconteceu na superfície, mas não dizia nada até que não suportando o que viveu, contou as irmãs sobre o príncipe, elas resolveram subir para conhecer o castelo, e a partir disto a pequena sereia ficava horas observando para ver se o encontrava, às vezes via ele sair no seu barco e os pescadores o saudando e isso a deixava feliz por ter o salvado e o carinho que ela deu a ele, e cada vez mais desejou fazer parte daquele mundo.

Essa passagem pode ser compreendida com uma relação de cuidados e amor Narcísico. Segundo Freud (1914), os caminho que levam à escolha de um objeto de acordo com o tipo narcisista são: o que ela própria é, o que ela própria já foi, o que ela gostaria de ser, alguém que foi parte dela mesma.

A Pequena Sereia tinha voz mais bela de todo o reino do mar e isso a deixava feliz, mas pensar na possibilidade que nunca teria uma alma imortal igual do príncipe. Aquele que ela amava mais do que seus pais e faria de tudo para tê-lo. Assim resolveu ir até a pavorosa bruxa do mar em um caminho perigoso que lhe causou medo, mas ir em busca do seu desejo era maior.

Ao chegar na casa da bruxa, ela deu a chance de a pequena sereia ter pernas para conseguir ficar ao lado do príncipe e conseguir a alma imortal. Mas para isso era necessário preparar um feitiço, mas ao tomar o processo de transformação e manutenção dessa escolha seria doloroso.

Os sacrifícios ocorridos no momento de transformação de sereia para humana, teve a perda da sua língua (voz), e processos dolorosos, como quando ela tomou a poção feita pela bruxa sentiu como se algo afiado atravessasse seu corpo na mudança de sua cauda por pernas, e a cada passo que dado por ela eram como se facas entrasse nos seus pés, e os sentia sangrar muito pelo caminho. No conto

pode ser compreendido que no processo de transformação de sereia para humana há uma descarga de libido narcisista para o objeto de amor, que é o príncipe. Pois tudo que existe nele e no mundo em que vive é maravilhoso e ela deseja isso, e se perde em si para transformar seu próprio Eu no outro.

A condição para ela conseguir uma alma imortal era fazer o príncipe a amar mais do que seus próprios pais, pensar sempre nela e para sua completude eles se tornarem marido e mulher. Mas a consequência caso ela não conseguisse que ele se apaixonasse e casasse com outra pessoa, ela morreria, seu coração iria se partir e assim se tornaria uma espuma do mar. Mas o preço a maior a ser pago é dar sua voz em troca do feitiço.

No conto a bruxa se torna uma ferramenta importante da personagem a Pequena Sereia, onde existe sacrifícios, uma condição e uma consequência de ir busca desse amor. Mas segundo Corso, Corso (2006), para ocorrer o amor é fundamental que o rompimento com a família de origem, e a relação de pais e filho tenha constituído uma nova fase, assim dá a possibilidade de amar fora de casa, daqueles que deram os cuidados básicos durante todo o desenvolvimento.

Uma possibilidade de ver o conto é o tipo de amor que permeia na condição da bruxa e no desejo da Pequena Sereia, ela tem que se transformar em humana para conseguir ter uma alma imortal, ou seja, ela necessita se destruir para ser o príncipe. E ele tem que amar ela mais do que seus pais, podendo ser visto como uma relação narcísica. Segundo Freud (1914) o tipo de escolha objetal narcisista em algumas pessoas se dá pelo modelo do seu próprio Eu, abandonando o modelo materno e procuram a si mesmas como um objeto amoroso. Essa passagem pode marcar a condição e transformação incessante da Pequena Sereia em se tornar da espécie do príncipe e viver no mundo dele, e que ele necessite ter esse mesmo tipo de escolha de objeto narcísica.

O conto mostra a condição que a avó e a bruxa trazem para a Pequena Sereia conseguir a alma imortal que o príncipe possui. Ele precisa amar ela mais do que sua família e se dedicar apenas a ela, como única no mundo, mas se ele casasse com outra isso traria sua morte.

Após uns dias o príncipe é obrigado a casar por sua família, ele conhece uma bela jovem e se apaixona, acreditando ser ela a moça que salvou do naufrágio. Com isso se aproximou a morte da Pequena Sereia, assim que ele casou com outra mulher, ela pensou que assim que amanhecesse ela morreria, mas suas irmãs emergiram com os cabelos cortados e disseram que deram à bruxa em troca de uma faca que salvaria da morte ao amanhecer. Mas para isso ela teria que cravar a faca no coração do príncipe, e borrifar seu sangue em seus pés, assim, eles cresceriam e formaria uma cauda de peixe, se tornando uma sereia novamente e voltar a viver com sua família.

O investimento de libido narcisista descarregado para o príncipe na escolha de objeto é muito grande. Segundo Freud (1914), quando escreve sobre os caminhos da escolha de um objeto narcísica, no conto marca o tipo do que ela própria é e de alguém que foi e se tornou parte dela.

Para Ferreira (2006), quando a relação do indivíduo com o objeto perdido estiver próximo da constituição de ambivalência, a incorporação ganhará um considerável traço de sadismo. Essa incorporação pode simbolizar a busca do indivíduo em preservar o objeto de amor e de destruir o objeto odiado, podendo configurar a ambivalência. “Na melancolia, o mal é introjetado, introduzindo no interior do Eu e, em função da identificação do objeto perdido, o sadismo, antes dirigido ao objeto, voltar-se-á contra o Eu do sujeito” (FERREIRA, 2006, p.65). Essa passagem pode marcar sobre o processo que ela tem que passar para ter de volta o seu próprio Eu, toda a libido descarregada para objeto de amor tem que voltar, mas mostra a ambivalência no momento que ela tenta matá-lo, como aquele objeto odiado e o momento que desiste como objeto de amor.

Após a tentativa de matar aquele objeto de amor e a desistência dele, ela olhou pela última vez para o príncipe, o beijou e olhou para o céu, arremessou a faca na água que rapidamente ficaram vermelhas como gotas de sangue. Se aproximou da amurada do navio e se jogou ao mar e sentiu seu corpo se transformar em espuma.

Segundo Ferreira (2006) o objetivo do melancólico é restabelecer o equilíbrio narcísico, mas por ele ter uma identificação com o objeto de ódio. Ao perder o objeto

amado, haverá a ambivalência do bom e do mau. Pois “o sujeito melancólico que se suicida , deixa a vida num gesto de agressão ao “outro” que está introjetado no seu Eu”. (FERREIRA, 2006, p.72).

No conto a personagem vê o príncipe e sua noiva a procurando no mar, como se soubesse que ela teria se jogado nas ondas. Isso marca a cena com que segundo Ferreira (2006), escreve que essa agressão aquele indivíduo odiado não acaba com a morte daquele que se suicidou, há um prolongamento até o suicídio, isso gera um intenso sentimento de culpa nas pessoas que participavam do seu ciclo familiar e amizade. O indivíduo ao se suicidar pode ter consciência que isso provocará no outros o sentimento de culpa, como uma continuação da agressão em prol da pessoa que foi identificada como sujeito causador de sua angústia. Pois “O ser odiado que “está” dentro do suicida será atacado, mas quem vai morrer é a própria pessoa que, na impossibilidade real de matar o ”outro”, como é seu desejo, mata-se.” (FERREIRA, 2006, p.73).

CONCLUSÃO

O estudo sobre os contos e análise deles podem trazer diversas formas de pensar determinado conto, podendo modificar de acordo com o direcionamento da pesquisa. Existem elementos nos contos que podem trazer uma correlação com a história e a literatura, como a relação de cuidados maternos (função) em vários contos, mostrando o quanto é importante para a constituição do sujeito o investimento psíquico de um outro. O estado de apaixonamento e o tempo cronológico que se passa os contos com muitos desafios e na maior parte deles dão a possibilidade do casal viverem juntos para sempre em uma união abençoada.

Este trabalho mostrou a relevância de cultivarmos uma ferramenta muito importante na vida do sujeito trazendo questões primevas e fundamentais, presentificadas na infância como método de elaboração de conflitos infantis para resolução do Édipo, questão fundamental a ser compreendida para todos que tem interesse na área, seja para alunos de psicologia, psicólogos, psicanalistas ou qualquer pessoa que possua interesse em relação a contos de fada, mitos e aos caminhos que levam a escolha objetal.

Consideramos também que o estudo sobre os contos de fadas fez-se importante no trabalho perante questões relacionadas à constituição do sujeito, na correlação entre leitura e análise. A decisão de analisar um conto de fadas a fim de estudar sobre a escolha de objeto feminino partiu da observação de como o amor e a possibilidade de escolha de um objeto amoroso nos contos são presentes. Visto que necessitamos de um outro para nossa sobrevivência, a partir de nossas experiências de satisfação, identificações que levam a uma escolha amorosa.

REFERÊNCIAS

BETTELHEIM, B. A Psicanálise dos Contos de Fadas. Trad. Arlene Caetano. 29 ed. Rio de Janeiro, São Paulo: Paz e Terra, 2014.

CORSO, D. L.; CORSO, M. Fadas no Divã Psicanálise nas Histórias Infantis. Porto Alegre: Artmed Editora, 2006

FERREIRA, M. C. S. Da melancolia ao suicídio: a concepção de Freud. Belém : Unama, 2006

FREUD, Sigmund. Sobre o Narcisismo: Uma introdução (1914) In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de janeiro: Imago. 1996. XIV

LEITE, M. Psicanálise Lacaniana: cinco seminários para analistas Kleinianos. São Paulo: Iluminuras, 2010.

CORSO, D. L.; CORSO, M. Fadas no Divã Psicanálise nas Histórias Infantis. Porto Alegre: Artmed Editora, 2006

III CONGRESSO DE PSICOLOGIA: as diversas faces do cuidar.
De 26 a 28 de abril de 2018. Belém – PA/
HANGAR – Centro de Convenções da Amazônia
Volume 03 – ISSN: 2526-527X
CADERNO DE TRABALHOS COMPLETOS
http://revistas.unama.br/index.php/anaispsicologia/index

A IMPORTÂNCIA DA ATUAÇÃO DA PSICOLOGIA EM CLÍNICAS CIRÚRGICAS DE HOSPITAIS GERAIS

OLIVEIRA, Bruna Haber
(bruhaber@gmail.com)
LEBREGO, Arina Marques

INTRODUÇÃO

A clínica cirúrgica de um hospital geral é organizada para receber pacientes que tenham alguma doença, aguda ou crônica, e que serão submetidos a algum procedimento cirúrgico com o intuito de tratamento. Frente a necessidade de realizar uma cirurgia, o paciente sente ameaçada a sua integridade física e psicológica. Estar internado para realização de um procedimento cirúrgico de alta complexidade desencadeia no paciente uma série de pensamentos e sentimentos relacionados ao medo da morte, da dor, dos desconhecidos procedimentos médicos, da separação de seus familiares, de possível complicação, sequela ou invalidez pós-operatória. Pode-se inferir então que nenhum paciente está efetivamente preparado para realizar uma cirurgia, sendo necessário à assistência psicológica neste momento (SEBASTIANI e MAIA, 2005).

Ao ser internado, o paciente passa pelo cuidado da equipe multidisciplinar de saúde, esta equipe torna-se essencial na internação do paciente, pois permite uma maior compreensão do caso clínico deste e possibilita condutas mais adequadas, respeitando e compreendendo as particularidades de cada paciente. Compondo esta equipe encontra-se o Psicólogo, este profissional contribui para o resgate da subjetividade do sujeito, tornando ele, acima de tudo, uma pessoa. Além disso, é fundamental que ele atenda e entenda que o paciente carrega consigo algumas extensões, como sua família, que também pode ser acolhida e escutada pelo profissional da Psicologia.

O papel do Psicólogo nesta clínica é de dar voz a subjetividade do sujeito e suas possíveis respostas frente ao adoecimento, à internação e o seu tratamento, possibilitando um suporte emocional ao paciente através da escuta e do acolhimento,

durante o período pré e pós-cirúrgico (SIMONETTI, 2011). Pode-se entender a atuação do Psicólogo como um recurso fundamental para favorecer o período de internação do paciente, a relação entre a equipe de saúde e o paciente e seus familiares e também entender os próprios profissionais da equipe (GAZOTTI, T., PREBIANCHI, H., 2014).

Trinca (2003) refere que a cirurgia é uma situação de crise que envolve a angústia da perda e aguça situações psíquicas que nela se insere, mobiliza e condensa conflitos já existentes, ajuda a evidenciar angústias latentes. Outros autores afirmam que quando os aspectos psicológicos não são considerados na situação de tratamento cirúrgico, poderá haver aumento da predisposição para complicações emocionais que prejudicam a convalescença, chegando a intensificar, em algumas situações, a morbidade no período pós-operatório. Com isso, ressaltamos a importância da assistência psicológica durante os períodos pré, trans e pós-operatórios, com o intuito de proporcionar uma melhora na qualidade de vida do paciente e consequentemente tornar o processo cirúrgico menos doloroso emocionalmente.

OBJETIVO

O objetivo principal é investigar e discutir acerca da atuação do profissional da Psicologia nas clínicas cirúrgicas de hospitais gerais, com a finalidade de enfatizar a importância e os benefícios da assistência deste aos pacientes que serão, ou foram submetidos a algum procedimento cirúrgico, para assim, contribuir para o maior reconhecimento da Psicologia dentro de instituições de saúde.

METODOLOGIA

Efetuou-se um levantamento bibliográfico em livros de Psicologia Hospitalar e de artigos referentes ao tema do trabalho, disponíveis na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS). Na seleção de livros e artigos para a realização do trabalho, foi dado prioridade aos mais recentes, desta forma, foi levantado inicialmente os que tinham data de publicação próxima ao ano de 2017 e posteriormente os mais antigos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Em geral, receber a notícia que será necessário passar por algum procedimento cirúrgico causa diversos sentimentos nos pacientes, desperta um impacto sobre o bem-estar físico, social e emocional da pessoa, que pode estar sujeita a vários tipos de estresse psicológico, um destes citado por Botega (2002) como a ameaça básica à integridade narcísica, onde há o sentimento de não controle do indivíduo sobre o seu próprio destino, sendo possível surgir fantasias catastróficas associadas a pânico, aniquilamento e impotências.

A qualidade de vida influencia e é influenciada pelo status da saúde geral do individuo. Trata-se de uma relação de causa e efeito, a qual interfere na interpretação do individuo sobre sua qualidade de vida (MATHISEN ET AL apud JUAN, 2007). Dessa forma, o evento cirúrgico e suas implicações têm relação direta com a percepção da qualidade de vida de uma pessoa. Sendo assim, tudo o que estiver ligado à cirurgia, causará mudanças na dinâmica do paciente. (JUAN, 2007)

Através do levantamento bibliográfico realizado elaboramos duas categorias qualitativas: 1) *Estado psicológico do Paciente frente a cirurgia*: A literatura aponta que quando o processo cirúrgico se aproxima os pacientes tendem a refinar seu autocontrole, deliberadamente limitam suas percepções e sentimentos, negam o perigo, aceitam com certa imperturbabilidade a iminência dos procedimentos e conseguem, até mesmo, uma aparência de tranquilidade. A considerável valia desse estado, embora não seja universal, é talvez mais frequente do que se pensa. Com sua ajuda, o paciente não apenas se protege contra um medo e sofrimento avassaladores, mas se entrega também a um papel mais cooperativo e tratável. No entanto é importante destacar que latente a este estoicismo aparente, o psiquismo do paciente cirúrgico é povoado por medo e pavor. O paciente tem medo da dor, e da anestesia, de ficar desfigurado ou incapacitado, possui medo de demonstrar medo e de morrer. E diferentemente de algumas outras coisas temidas pelas pessoas, o medo da cirurgia tem pelo menos em algum grau, uma base concreta, e embora sempre a realidade seja enriquecida pela imaginação, o medo da cirurgia nunca é totalmente fantasioso. (ANGERAMI-CAMON *et al*, 2010). O tipo de defesa e/ou freio que os pacientes exercem sobre o seu medo faz muita diferença em

relação ao seu estado de saúde. Alguns o têm firme, relativamente inquebrável o que pode ser muito útil. Outros o têm frágil que precisam de auxílio, em geral da intervenção de um profissional psicólogo.

2) *Importância da Psicologia hospitalar em Clínicas Cirúrgicas:* Segundo Sebastiani e Maia (2005) a assistência psicológica no pré-cirúrgico tem influência significativa nas reações do paciente no trans e pós-operatório, a forma como este suporte é ofertado impacta no processo cirúrgico e na recuperação do paciente no período pós-cirúrgico, não apenas no seu ímpeto de recuperação do processo de hospitalização em si, mas, principalmente, pela maneira como a doença foi configurada e sedimentada em seu imaginário (ANGERAMI-CAMON, 2003). Vale destacar que quanto maior o nível de estresse de um paciente antes da cirurgia, maior é a demora do processo de cicatrização e maior a debilidade do sistema imunológico. O indivíduo, portanto necessita da escuta psicológica e do trabalho de psicoeducação, que visa auxiliá-lo a enfrentar o evento cirúrgico e suas consequências, favorecendo a expressão dos sentimentos e auxiliando na compreensão da situação vivenciada, proporcionando também, um clima de confiança entre o paciente e equipe de saúde.

Também foi observado no levantamento, que os principais fatores desencadeantes de ansiedade nos pacientes expostos a procedimentos cirúrgicos são: 1) percepção antecipada de dor e desconforto; 2) espera passiva pelo início do procedimento; 3) separação da família e sentimentos de abandono; 4) possível perda de autonomia; 5) medo da morte, de sequelas, de anestesia e do risco de alta prematura; além de 6) o procedimento cirúrgico como um todo. Tais fatores ansiogênicos podem interferir de modo adverso sobre a aquisição de estratégias de enfrentamento em relação ao procedimento cirúrgico e sobre o processo de recuperação do paciente como citado acima. (COSTA JÚNIOR, ET. AL, 2012).

O autor Platas (1990) apud Juan(2007) diferencia três tipos de ansiedades básicas presentes ao longo da situação da cirurgia. A primeira é a ansiedade confusional referente ao período pré-operatório, onde há uma desestruturação do paciente, um desequilíbrio como consequência da confusão. Nesta etapa o ato cirúrgico, em si, tem um peso relativamente pequeno. Na segunda fase o paciente experimenta a

ansiedade paranóide, onde existe uma ameaça de desestruturação por um ataque externo. As manifestações comuns são o medo, a desconfiança, o temor, e inclusive uma paralisação por pânico, uma ansiedade muito intensa. O ato cirúrgico nesta etapa tem papel central. O período pós-operatório imediato é um período em que o indivíduo fica vulnerável e bastante instável com capacidade psicológica adaptativa alterada. A última ansiedade é a depressiva, pois existe uma ameaça de desestruturação. O autor lembra ainda que uma dessas fases predomina sobre as outras e por consequência, demandam tipos diferentes de intervenção e manejo. O profissional deve identificar qual a necessidade maior do paciente e atuar para que minimize os efeitos da fase predominante. (PLATAS, 1990 apud JUAN, 2007)

A PESSOA INTERNADA NO HOSPITAL

A pessoa internada, de acordo com Machado (2017), perde a privacidade de seu lar, pois fica em um ambiente novo e até então desconhecido, reduz o seu ambiente a um leito, e acaba abdicando de sua própria autonomia, necessitando de cuidados de desconhecidos. Devido a isso é demandado ao paciente uma reorganização interna fazendo que ele possa aprender a lidar com a nova rotina, hábitos e ambiente hospitalar.

O paciente internado passa por etapas, até então, inéditas, em sua vida, o que podemos observar no trecho de Juan (2007):

> O paciente tem que lidar com o fato de estar doente, enfrentar a situação cirúrgica, e se reorganizar, já que existe uma ruptura em seu cotidiano. O evento cirúrgico provoca no paciente sensação de ausência de controle. Durante o procedimento, o paciente é manipulado pela equipe médica, caracterizando, pois, uma situação de dependência, a qual também deve ser elaborada pela pessoa. O paciente sente-se ameaçado, por se submeter a uma técnica invasiva. (JUAN, 2007, p. 50).

A maneira que o paciente percebe a ameaça, no caso a cirurgia, ou seja, o significado que atribui a ela, é mais importante do que a própria cirurgia. A partir da percepção, surgem comportamentos de ajuste, os quais têm como objetivo enfrentar o estresse e a ansiedade desencadeados por este momento (PENICHE, JOUCLAS & CHAVES 1999 Apud JUAN, 2007).

O PSICÓLOGO NA CLÍNICA CIRÚRGICA

O atendimento psicológico na clinica cirúrgica tem como objetivo minimizar a angustia e ansiedade do paciente, visto que a cirurgia é uma especialidade da medicina na qual o local é atingindo diretamente, cortando e retirando o que está prejudicando. Em alguns casos, pode alterar a imagem corporal do paciente de forma efetiva, o que o leva a desenvolver dificuldades de adaptação, podendo causar sofrimentos inimagináveis.

O Papel do Psicólogo neste contexto vai além das expectativas de cura, pois ele contribui, de maneira relevante, na relação do paciente consigo mesmo, com a sua doença e com a equipe, de forma integrada, focando o sujeito e não sua doença.(PAES, et. al., 2014)

Alguns autores citam a Psicoprofilaxia Cirúrgica, como uma técnica, que surge para amenizar o impacto provocado pela cirurgia na vida do paciente, contribuindo também de forma significativa para o pós-cirúrgico. É um tipo de intervenção que prepara o paciente para lidar com o evento cirúrgico através de técnicas de enfrentamento, lembrando sempre que o paciente está em uma condição vulnerável.

O acompanhamento psicológico ao paciente cirúrgico pode ser dividido em três momentos. No pré-operatório onde é vivenciado a partir do tipo de cirurgia a ser realizada, mas também pela forma com que o paciente elabora a situação vivida. Trans-operatório (durante a cirurgia) e o pós-operatório, e nesse momento o psicólogo tratará da reabilitação do paciente, contribuindo com todas as elaborações de fantasias, medos e até em alguns casos depressão, para o retorno do paciente à sua vida.

De acordo com Juan (2007) A eficácia do acompanhamento psicológico de pacientes cirúrgicos se sustenta pela qualificação destes para lidar adequadamente

com as circunstâncias adversas da internação, da cirurgia e do pós-cirúrgico. O indivíduo adquire recursos de enfrentamento, inicialmente através de técnicas disponibilizadas de acordo com suas demandas no período anterior à cirurgia. Posteriormente, pode desenvolver seus próprios recursos, de acordo com suas necessidades e potencialidades.

CONCLUSÃO

É importante ressaltar que o tempo todo, na clínica cirúrgica, lidamos com momentos de fragilidade e transitoriedade, entrando em contato com as incertezas diante da vida. Assim sendo destacamos a presença do Psicólogo na equipe de saúde que tratará do paciente no pré/trans e pós-cirúrgico é de fundamental importância, pois pode facilitar a elaboração de fantasias, medos, estados ansiosos e depressivos, assim como a reabilitação após alta hospitalar e reintegração à vida.

O significado subjetivo que a doença física desperta na pessoa é determinante, além de suas próprias características de personalidade, circunstâncias sociais, patologia e tratamento, por isso, pode-se considerar dizer que a oferta de escuta psicológica durante a internação torna-se uma possibilidade de elaboração de vivências, em que há a abertura de um espaço para que o paciente fale mais do que sabe conscientemente a seu respeito, ocasionando, muitas vezes, efeitos surpreendentes, até então desconhecidos, mas que revelam parte da sua vida e o ajudam a elaborar e a conviver com estes acontecimentos como parte de sua história.

Submeter-se a uma intervenção cirúrgica gera alterações significativas, desequilíbrios psicológicos que podem dificultar o período pós-operatório. Antes e depois da cirurgia é importante ter o acompanhamento psicológico para diminuir a ansiedade e racionalizar o temor que toda cirurgia desencadeia. (JUAN, 2007)

O Profissional da Psicologia tem um papel crucial no atendimento de pacientes cirúrgicos. Ele contribui em todas as etapas pré, trans e pós, auxiliando a elaboração do processo e consequentemente com a melhoria da qualidade de vida, além de resgatar a subjetividade do paciente em um ambiente totalmente médico,

todo o seu trabalho está voltado para o resgate da pessoa, sua recuperação e volta á rotina.

REFERÊNCIAS

AMIN, T.C.C. O Paciente internado no hospital, a família e a equipe de saúde: redução de sofrimentos desnecessários. 2001. 201 f. Dissertação(mestrado em ciências sociais) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2001.

BOTEGA, N.J.(Org.). Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência. Porto Alegre: Artmed, 2002.

CAMON, V.A.A.; TRUCHARTE, F.A.R. KNIJNIK, R.B.; SEBASTIANI,R.W. Psicologia Hospitalar: Teoria e prática. 2ª edição. SP: Editora Cengage Leanirg, 2010.

Costa Junior, A.L.; Doca, F.N.P.; Araújo, I.; Martins, L.; Mundim, L.; Penatti, T. & Sidrim, A.C, Preparação psicológica de pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos. *Estudos de Psicologia*, 29 (2), Campinas, 2012.

JUAN, K. (2007), O impacto da cirurgia e os aspectos psicológicos do paciente: Uma revisão. Psicologia Hospitalar, São Paulo, 5 (1).

MACHADO, T. A. Atuação com pacientes na clínica médico-cirúrgica, 2017. In KERNKRAUT, A.M SILVA, A.L.M; GIBELLO, J. O Psicólogo no hospital: da prática assistencial à gestão de serviço, São Paulo: Blucher, 2017.

MAIA, E. M. C.; SEBASTIANI, R.W. Contribuições da psicologia da saúde-hospitalar na atenção ao paciente cirúrgico. São Paulo, 2005

TRINCA, A.M. A (2003), Intervenção terapêutica breve e a pré-cirurgia infantil: O procedimento de Desenhos-Estórias como instrumento de intervenção terapêutica. São Paulo: Vetor.

III CONGRESSO DE PSICOLOGIA: as diversas faces do cuidar.
De 26 a 28 de abril de 2018. Belém – PA/
HANGAR – Centro de Convenções da Amazônia
Volume 03 – ISSN: 2526-527X
CADERNO DE TRABALHOS COMPLETOS
http://revistas.unama.br/index.php/anaispsicologia/index

MÃES PORTADORAS DE HIV: IMPLICAÇÕES EMOCIONAIS DO DIAGNÓSTICO NA VIDA DOS FILHOS

Matheus Lima de Barros
(matheusap710@hotmail.com)
Louise Laura Rocha Britto
Talyta Soriano Alves Pereira
Márcio Bruno Barra Valente
Ana Carolina Peck Vasconcelos
Arina Lebrego

INTRODUÇÃO

A nível nacional e mundial a Aids é considerada um problema social, que atinge principalmente as pessoas em estado de vulnerabilidade social, de acordo com a Organização mundial da saúde (OMS) essa é a epidemia de maior gravidade dos últimos 50 anos. A UNAIDS (Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS) estima que em 2005, 38,6 milhões de pessoas estavam vivendo com HIV/Aids no mundo, e cerca de 2,8 milhões de pessoas morreram por causa da doença.

Atualmente o perfil de pessoas atingidas pelo vírus HIV tem sofrido algumas modificações, no primeiro momento, quando se descobria HIV/Aids, os casos eram praticamente restritos a uma parcela da população específica (homossexuais e prostitutas). Com o decorrer dos anos o que se observa hoje é a presença da infecção na população de uma forma geral, especialmente em mulheres heterossexuais, predominantemente de cidades pequenas e médias de baixa renda e em idade reprodutiva.

O Aumento de infecção por vírus HIV em mulheres atualmente é conhecido como feminização do vírus da Aids. Além disso, antes era considerada uma doença com caráter de alta letalidade, e com os avanços sobre a doença e formas de tratamentos, a Aids ganhou status de doença crônica (RIGONI *et al* apud OLIVEIRA

e WEINSTEIN, 2004). Por conta dessas mudanças, existem repercussões no desenvolvimento físico e psicológico das pessoas infectadas pelo vírus. O que anteriormente poderia estar relacionado diretamente à morte e a finitude, hoje é possível acreditar em mais possibilidades de tratamentos que permitem cuidar da doença e reduzir os impactos. A terapia anti-retroviral combinada é um exemplo de tratamento que em decorrência dele foi possível identificar uma melhoria dos índices gerais de saúde e do desenvolvimento de pacientes com HIV, onde observa-se uma acentuada redução de internações e de possíveis infecções oportunistas.

Nesse contexto pessoas com HIV/Aids e seus familiares se depararam com novos desafios, como a revelação do diagnóstico, por exemplo. Em decorrência disso, indivíduos com Aids vivem as etapas da sua vida com a presença do vírus HIV, passando a conviver com a infecção, e tendo que realizar adaptações pelo novo cenário, vivendo as fases do desenvolvimento e situações que todos passam, como puberdade, relacionamentos amorosos, casamentos, e até a maternidade. Nesses casos as mulheres infectadas pelo vírus que passam pela experiência da maternidade, vivenciam angústia e sofrimento, principalmente em relação à contaminação do bebê por transmissão vertical.

OBJETIVO

Investigar os impactos emocionais de mães portadoras do vírus HIV com relação a possibilidade de transmissão e futuro desenvolvimentos de seus filhos, a partir da escuta e acolhimento psicológico.

METODOLOGIA

O presente trabalho consiste em uma revisão da literatura em artigos e periódicos da área de Psicologia e de Saúde coletiva, feito por meio de pesquisa bibliográfica em periódicos disponíveis na plataforma de pesquisa Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), no período de 15 anos (2005 a 2018), utilizando as palavras-chave: crianças com HIV ; mães com HIV.

DISCUSSÃO

De acordo com um estudo realizado por Seidl *et al* (2005) nas famílias que ocorreram transmissão vertical é possível identificar a existência de dificuldades em relação a questão da adesão ao tratamento, além de uma dificuldade em relação a própria revelação do diagnóstico da doença para a criança e posteriormente para a escola. Também existe outro aspecto que causa muito sofrimento e angústia para as mães, que é a não comunicação ou a evitação da comunicação do diagnóstico de HIV/Aids no núcleo familiar. A finalidade de tal atitude consiste em evitar o sofrimento da criança. O problema acontece, pois se torna uma espécie de segredo que impossibilita a revelação da condição da criança, mesmo que em alguns casos a própria criança já desconfie do que está ocorrendo com ela.

Algumas mães acreditam que revelar o diagnóstico trará sofrimento emocional às crianças que vivem com HIV/Aids, no entanto não encontramos estudos que comprovem isso, na realidade conforme Seidl *et a*l (2005, apud MELLINS *et al*, 2002) a comunicação do diagnóstico não acarretou em aumento de problemas de ordem emocional e comportamental, o que se foi possível constatar é que crianças cientes de seu diagnóstico tinham menos tendência a desenvolver transtornos depressivos e possuem maior suporte social, em comparação com as crianças que não tinham conhecimento do seu diagnóstico.

Outro contexto é o de mães que não transmitiram HIV para os seus filhos, e que buscam atendimentos demandando informações e cuidados referentes à impossibilidade de amamentar, sobre a saúde e tratamento de prevenção para os seus filhos. Nessas situações específicas as mães podem apresentar sentimentos de medo e culpa de que a criança seja infectada e não resista à doença, além do medo em relação à seu próprio adoecimento, que também pode trazer implicações para o futuro do seu filho.

Segundo Paiva et al. (2014) não amamentar pode ser uma situação de dor e sofrimento e confronta o papel social de “mãe”, podendo gerar um sentimento de impotência. Atualmente, o incentivo a alimentação de recém-nascidos por meio da amamentação é fomentada através de instrução profissional e programas de aleitamento materno e orientação da Organização Mundial da Saúde (2003), contribuindo também para a dificuldade da recomendação da não-amamentação.

Freud (1914) relata que comportamentos afetivos de pais com seus filhos podem ser um reviver de seu próprio narcisismo já abandonado, “tão comovedor e tão infantil, nada mais é senão o narcisismo dos pais renascido e transformado em amor objetal, que inequivocamente revela sua natureza anterior". (FREUD. p.98 , 1914).

Constatou-se ainda a presença de um estigma social que traz consequências para a vida dessas mulheres, o que pode conduzir ao isolamento social, e em decorrência disso comprometer o auxílio advindo sua rede de apoio (RIGONI *et al* 2008 apud SIEGEL e LEKAS, 2002).

> No processo de cuidar de crianças com HIV/Aids, a participação dos familiares/cuidadores constitui-se fator primordial. A essa demanda somam-se as questões sociais de estigma, discriminação e preconceito relacionados a essa síndrome, a qual é carregada de mitos e tabus peculiares. (MOTTA, 2012. p. 53)

Em cada cidade do Brasil há locais específicos para o tratamento de doenças sexualmente transmissíveis como a Casa Dia e os Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA), e em cada município há locais específicos regidos tanto pelo governo do estado, quando pela prefeitura municipal, como por exemplo as Unidades de Referência Materno Infantil e Adolescente e as Unidades de Referência de Doenças Infecto Parasitárias. Estes lugares além de oferecerem a medicação necessária para o tratamento, oferecem uma escuta especializada a estas mães.

Os locais específicos que distribuem a medicação antirretroviral para o tratamento do HIV/Aids também podem ser alvos de estigma sociais, causando evasão das mães que se utilizam deste serviço e prejudicando a continuidade do tratamento.

A Ansiedade decorrente do medo da possibilidade da transmissão materno infantil está muito presente nesse momento, além das ansiedades vivenciadas por conta do processo de maternidade em si, que também possui sua complexidade e particularidades. Desde a fase gestacional até os primeiros meses de vida da criança é marcada por uma ambivalência de sentimento, e adaptações psíquicas diante das mudanças, incertezas e angústias (RIGONI apud BRAZELTON &

CRAMER, 1992; SZEJER, 2002). A possibilidade de infecção materna torna possível que haja vários tipos de dificuldades relacionados a este processo. Carvalho e Piccinini (2006) evidenciaram através de um estudo que gestantes portadoras do vírus HIV apresentam sentimentos de culpa diante da possibilidade de infecção do filho, e até mesmo medo de sua própria morte.

O olhar atento a mãe com o tratamento do filho é necessário por parte do profissional de psicologia, pois a estimulação da criança pode acarretar um movimento terapêutico também para a mãe.

> Em particular, a reação da criança diante da medicação demonstrou ter importante impacto sobre os sentimentos maternos. A aceitação da medicação pelo bebê pareceu tranqüilizar e amenizar a ansiedade da mãe quanto ao tratamento, possivelmente por se permitir acreditar que não estaria causando algum dano ou incômodo ao filho. (RIGONI *et al* 2008, p.81)

Silva et al (2008) relata em seu artigo sobre formas de enfrentamento, alguns fatores que possivelmente geram angústia para as mães soropositivo, como o risco de doenças oportunistas, a ameaça constante e o medo, aqui, aparece não apenas com relação à doença, à morte, mas também do filho sofrer violência por ser criança soropositiva. Todos esses fatores podem acarretar em um possível comportamento de superproteção.

> A preocupação dos pais com relação à incerteza do futuro da criança, a culpa e a raiva não resolvidas podem determinar comportamento superprotetor. Esse mesmo sentimento, que conota excessiva bondade e paciência, foi evidenciado em estudos feitos com mães de crianças com doenças crônicas. (SILVA, Richardson Augusto Rosendo da et al, 2008)

Os fatores de superproteção evidenciados nos estudos de Silva et al, nos aproximam da realidade da estimulação precoce, onde pode ser trabalhada várias questões relacionadas ao enfrentamento da doença, a continuidade do processo de

tratamento e ao desenvolvimento das habilidades que são prejudicadas pelo comportamento de superproteção.

A estimulação precoce pode ser entendida como um programa de acompanhamento e intervenção multiprofissional com bebês de alto risco e com crianças pequenas acometidas por patologias orgânicas, que visa buscando o auxilio no desenvolvimento destas crianças, trabalhando fatores como linguagem, socialização, podendo e também no vínculo mãe/bebê e família/bebê. (Ministério da Saúde, 2016)

A partir de avaliações do desenvolvimento do bebê, é possível o planejamento de atividades que aperfeiçoem o seu desenvolvimento. Sendo essas atividades voltadas não só especificamente para as crianças, mas para suas mães, pais, cuidadores e os familiares. Tais atividades dispõem-se a proporcionar a interação com seu bebê através do brinquedo e do diálogo. Com o desenvolvimento destas habilidades que potenciam a interação mãe/bebê, a mulher com HIV/Aids terá um maior arcabouço psicológico para superar as adversidades causadas pelo diagnóstico dentro da condição materna, e também uma maior perspectiva de organização em suas ações visando uma postura ativa que desenvolva sua habilidade de lidar com a condição de seu filho e sua própria.

Segundo Freitas et al. (2013), é necessária a orientação prévia por profissionais de saúde, com informações a níveis acessíveis ao nível de entendimento destas mulheres, compactuando com sua escolaridade e nível socioeconômico, para garantir o seguimento das recomendações preconizadas pelo Ministério da Saúde às crianças de forma correta e segura. Estas orientações podem ser feitas durante a gestação, no pré-natal, na maternidade e até mesmo durante o programa de estimulação precoce nos primeiros meses de vida do filho.

Os serviços do Sistema Único de Saúde que atendem estas mães e filhos portadores do vírus do HIV/aids devem utilizar-se de programas que abranjam uma conotação além das questões biológicas, mas que também envolva os aspectos culturais, sociais, psicológicos e históricos destes pacientes que procuram este tipo de atendimento.

CONCLUSÃO

A maternidade por si só já é um momento no qual muitos rearranjos psicossociais ocorrem na vida da mulher, desde mudanças nos papeis executados, até modificações no núcleo familiar e nos relacionamentos. Frente a esse cenário, as mulheres que são mães apresentam sentimentos e expectativas em relação aos seus filhos, a relação a saúde e à própria interação entre os dois (mãe e bebê), somado a isso, existe ainda o contexto da presença do vírus HIV. Nesse momento ela precisa lidar com situações da sua infecção e a revelação do diagnóstico da criança, podendo havercasos em que ela já foi infectada, e casos que envolvam o tratamento preventivo do bebê.

No primeiro caso a ausência ou demora em revelar o diagnóstico pode trazer prejuízos, ou até inviabilizar a intervenção das equipes de saúde quanto à: adesão, orientação sobre a doença, em caso de adolescentes orientar sobre a puberdade, falar sobre sexualidade e promover informação de práticas seguras, entre outros.

No segundo caso, quando ainda não houve a transmissão vertical do vírus, os sentimentos maternos (principalmente de medo e ansiedade) se apresentam contrastando com sentimentos deconfiança e esperança da mãe em um resultado positivo em relação ao tratamento do bebê. Esses sentimentos ambivalentes sugerem importância da elaboração de intervenções psicológicas junto a estas mães.

De acordo com os dados apresentados foi possível desvendar algumas questões psicossociais e as dificuldades que as mães soropositivas e suas famílias vivenciam especialmente angústia e sentimentos ambivalentes, o que indica necessidade de identificação e valorização dessas temáticas pelas equipes de saúde, para que seja possível promover um serviço de atenção integral e interdisciplinar, e ainda a necessidade das equipes de saúde de se qualificarem para atendimento dessas demandas psicossociais no contexto da doença. A ampliação e correta atuação da Política Nacional de Humanização (PNH) no pré-natal, pós-natal e nos programas de atenção a mulher pode minimizar os impactos psíquicos diante de toda essa experiência que permeia essa condição de maternidade.

Torna-se imprescindível que a equipe multidisciplinar elabore intervenções no intuito amenizar o sofrimento psíquico dessas mães e dos filhos. Estas intervenções podem fugir do tradicional atendimento clínico individual de ambos, mas se estender ao atendimento coletivo como, por exemplo, o programa de estimulação precoce.

Palavras-chaves: Psicologia; mães com HIV/Aids; Crianças.

REFERÊNCIAS

BUBADUE, Renata de Moura et al . Vulnerabilidade ao adoecimento de crianças com hiv/aids em transição da infância para a adolescência. Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro , v. 17, n. 4, p. 705-712, Dezembro 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes e políticas de prevenção e controle das DST/AIDS entre mulheres. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. - Brasília: O Ministério; 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Diretrizes de estimulação precoce : crianças de zero a 3 anos com atraso no desenvolvimento neuropsicomotor decorrente de microcefalia / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

FARIA, Evelise Rigoni de; PICCININI, Cesar Augusto. Maternidade no contexto do HIV/AIDS: gestação e terceiro mês de vida do bebê. Estud. psicol. (Campinas), Campinas , v. 27, n. 2, p. 147-159, Junho 2010.

FREITAS, Julyana Gomes; BARROSO, Léa Maria Moura; GALVAO, Marli Teresinha Gimeniz. Capacidade de mães para cuidar de crianças expostas ao HIV. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 21, n. 4, p. 964-972, Agosto 2013.

FREUD, Sigmund. Sobre o narcisismo – Uma introdução. vol. XIV , 1914. Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Edição Standard Brasileira. R.J. Imago. 1996.

MOTTA, Maria da Graça Corso da et al . Criança com HIV/AIDS: percepção do tratamento antirretroviral. Rev. Gaúcha Enferm., Porto Alegre , v. 33, n. 4, p. 48-55, Dez. 2012 .

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Amamentação. Disponível em: <http://www.opas.org.br/sistema/fotos/amamentar.pdf>. Acesso em: 23 maio. 2018.

SILVA, Richardson Augusto Rosendo da et al . Formas de enfrentamento da AIDS: opinião de mães de crianças soropositivas. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto , v. 16, n. 2, p. 260-265, Abril, 2008.

RIGONI, E. et al. Sentimentos de mães portadoras de HIV/Aids em relação ao tratamento preventivo do bebê. Psico-USF, v. 13, n. 1, p. 75-83, jan./jun. Porto Alegre, 2008.

SEIDL, E. M. et al. Crianças e Adolescentes Vivendo com HIV/Aids e suas Famílias: Aspectos Psicossociais e Enfrentamento. Psicologia: Teoria e Pesquisa Set-Dez 2005, Vol. 21 n. 3. Brasília, 2005.

Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (*UNAIDS*). Disponível em:<https://unaids.org.br/>. Acesso em:29/03/2018.

III CONGRESSO DE PSICOLOGIA: as diversas faces do cuidar.
De 26 a 28 de abril de 2018. Belém – PA/
HANGAR – Centro de Convenções da Amazônia
Volume 03 – ISSN: 2526-527X
CADERNO DE TRABALHOS COMPLETOS
http://revistas.unama.br/index.php/anaispsicologia/index

A ADOLESCÊNCIA E O CULTO AO CORPO: A DIDATURA DA BELEZA

BARROS, Matheus Lima de
(matheusap710@hotmail.com)
JATENE, Karyna Saul de Oliveira
LEBREGO, Arina
BACCHINI, Alessandro Mello

INTRODUÇÃO

A adolescência pode ser compreendida como uma fase intercessora do desenvolvimento entre a infância e a fase adulta, marcada por características peculiares e transformações intensas, em que o corpo está em constante desenvolvimento, como na puberdade.

Este período se caracteriza por transformações corporais, as quais demarcam o início da adolescência (CALLIGARIS, 2000). Neste momento, o sujeito estranha seu corpo, já que a imagem que ele tinha de si mesmo era a de um corpo infantil (Freud, 1905/2003).

Segundo Alberti (2004), nesta fase emergem angústias associadas ao fato de o adolescente ter que lidar com um novo corpo e novos modos de pensar, sentir e desejar. Ele não é mais criança, mas ainda não é um adulto. Poder encarar o desamparo fundamental intrínseco ao ser humano, suas impossibilidades e a castração simbólica é uma constatação bastante dolorosa para os adolescentes.

Conforme Martins (2011), adolescência é uma palavra que significa crescer e originou-se do latim *adolescere*. Nesse período, identidade e identificações são postas em jogo com o adolescente buscando simultaneamente manter sua identidade e exercer um remanejamento identificatório.

Segundo Martins (2011) a identidade constitui a capacidade do indivíduo em se reconhecer diante de si mesmo e da sociedade, sendo o potencial de se diferenciar diante do outro.

O fenômeno da identificação já tinha feito aparições na obra freudiana, como sinônimo de imitação nos "*Estudos sobre a histeria"* (1895) e como sinônimo de

deslocamento na " *Interpretação dos sonhos"* (1900). Mas é apenas na "*Psicologia das massas e análise do eu*" (1921) que ao processo é dado um valor real, onde a relação com os outros entra em jogo e o simples investimento em outras pessoas não é suficiente para explicar as relações; é necessário um mecanismo mais simples de se "usar" (para o sujeito), a identificação.

Neste trabalho elegemos trabalhar o conceito de identificação citado por Laplanche, pensada como processo de formação do eu e seu resgate regressivo, tendo origens e destinos diferentes; a identificação como fuga da perda do objeto através da regressão libidinal ao investimento no ego. Freud nos diz que a identificação é a primeira forma de laço com o objeto. A primeira forma que o eu tem de se relacionar com algo é engolindo-o, assim como faz com o leite: ele absorve o objeto e o integra em si, trazendo-o para dentro do eu. Esse mecanismo será usado pela criança para montar seu eu, e posteriormente ela utilizará do mesmo mecanismo para se relacionar se identificando com quem gosta (identificação secundária) e com elementos que contenham formações em comum (identificação histérica). A identificação servirá como forma de proteger o ego do esvaziamento libidinal, mantendo os investimentos em objetos externos mas ainda assim internos ao ego (NOGUEIRA, 2018).

Para a psicanalise, referencial que permeará as reflexões deste trabalho, na adolescência há uma reedição do Édipo, ocasionando uma inflação narcísica. Freud (1914) conceituou narcisismo no seu texto "Sobre o Narcisismo: uma introdução" como um momento universalmente presente na constituição do sujeito, interposto entre o autoerotismo e o amor objetal, assentando uma harmonia entre a libido do Eu e a libido objetal, através do Ideal do Eu. Portanto, o Eu seria a instância defensiva, que recalca e se constitui através do olhar do outro, enquanto o narcisismo seria um momento que precipita no psiquismo da criança o todo dela e uma condição para o recalcamento. Quem não tem um Eu, não tem um objeto de amor, já que o Eu é um reservatório de libido (FREUD, 1914).

O investimento no objeto só é possível a partir da reserva de libido do próprio Eu. O narcisismo seria a condição para o recalcamento primário, que é o primeiro traçado de imagem a ocasionar prazer diante de si mesmo, possuindo

consequências fatais sobre as escolhas objetais consecutivas, sendo também modelo do Eu Ideal, que se constitui na idealização da onipotência do Eu (FREUD, 1914).

No narcisismo o sujeito é o próprio ideal, ou seja, o Eu em constituição é o próprio ideal. Dessa forma, para Freud (1914) a formação do Eu comportaria a passagem das pulsões autoeróticas ao narcisismo primário, que é o primeiro tempo do Édipo, uma vez que no início da vida, a criança não faz distinção entre ela e o mundo, tampouco da totalidade de seu corpo e será a partir das primeiras identificações – identificações primárias – que a criança terá os contornos do Eu.

De acordo com Freud (1914), entretanto, é o reconhecimento da Lei que torna possível a saída do narcisismo primário para o secundário, que consiste na volta da libido sobre o Eu. A criança abandona o narcisismo primário quando vê seu eu confrontado com um ideal com o qual tem que se comparar, ideal este que se formou fora dela e que lhe é imposto de fora. Essa nova organização da libido apresenta-se à volta do Ideal do Eu, como consequência. É no Ideal do Eu que ocorre a identificação secundária dada pela intermediação cultural e pelo Supereu.

Bacchini (2014) realizando análise do Texto freudiano “Narcisimo – uma introdução” destaca que a função do ideal se assemelha à função de idealização. No entanto, há de se notar uma primeira diferença que é fundante a partir da concepção de sublimação, pois se esta autoriza o manejo pulsional para lidar com o ideal em busca da perfeição egóica, na idealização, o engrandecimento do objeto empobrece o eu de tal modo que impede seu direcionamento aos próprios ideais. Na idealização há uma supervalorização de características inexistentes do objeto, mas faz referência à realidade no sentido de investir em um objeto que pressupõe a sua existência. Difere-se da formação do ideal, pois neste ocorre um investimento à noção imaginaria da perfeição, impondo exigências variadas ao eu: condição para recalques, repressões, idealizações e sublimações. Frente ao exposto temos como problema de pesquisa: como os adolescentes lidam com seus corpos, diante dos ideais de beleza contemporâneos?

OBJETIVO

Investigar como os adolescentes lidam com seus corpos, frente aos ideiais de beleza impostos contemporaneamente.

METODOLOGIA

O presente trabalho incide em uma revisão da literatura em artigos, livros e periódicos que utilizem a psicanálise como abordagem para as suas análises.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Como resultados elaboramos duas categorias de análise:

1º) *A ditatura do corpo ideal na adolescência*:

Devido a todas as mudanças ocorridas na adolescência como as biológicas, hormonais e psíquicas sofridas pelo adolescente ocorre um luto que precisa ser elaborado, cujas características podem apresentar instabilidade emocional, rebeldia, aceitação, interiorização, negação, que são defesas psíquicas.

Para Ferreira (1995 *apud* Martins, 2011) esse luto acontece por três motivos: pelo corpo infantil, uma vez que as mudanças processadas acarretam um conflito entre o que o adolescente é e o que ele vê; pela identidade infantil, já que uma criança segura e dependente deve ser abandonada para que outra desconhecida assuma; e pelos pais da infância, cujas fantasias infantis e idealizações devem ceder espaço a uma visão mais real.

Assim, o corpo que é o primeiro manacial de prazer do sujeito e nascedouro da sexualidade, passa a ser uma obsessão para os adolescentes atuais, pois, segundo Martins (2011, p. 24) “é um signo, uma espécie de cartão de visita que expressa quem somos, como nos percebemos e como nos posicionamos no mundo; o corpo se comunica conosco”.

Dessa maneira, o corpo deixa de estar relacionado somente ao viés biológico, passando a representar marcas impostas pela cultura, já que a sociedade impõe normas, proibições e tendências, o que gera um peso ao sujeito, que pode sofrer preconceito e várias pressões caso não siga o padrão de beleza estabelecido,

que hoje é de corpos jovens, magros e modelados a base de regimes, exercícios físicos, cirurgias plásticas, remédios e suplementos.

Já a imagem corporal, de acordo com Nasio (2009), é uma imagem inconsciente do corpo constituindo um código peculiar a cada um, que se inicia na infância e permanece por toda a vida, sendo reativada nas primeiras crises de crescimento. Desse modo, pode-se afirmar que a imagem corporal pode mudar buscando atender às necessidades individuais ou às exigências do meio, o que faz com que o sujeito a utilize para sustentar o interesse do outro sobre si, o que evidencia o quanto a corpolatria favorece a lacuna da realidade dos dias atuais.

Na cultura contemporânea, o adolescente pode ser impelido a buscar um corpo idealizado, com padrões construídos nos tempos atuais. Em um dos estudos encontrados, há a afirmação que na adolescência o eu narcísico, sem poder ocultar a aparência do corpo, vê-se acuado pelo medo de não ser causa do interesse do outro, já que devido ao padrão idealizado de beleza, modela-se o corpo crendo que desse jeito ocorrerá à inclusão e a aceitação numa sociedade que rechaça quem não se encaixa na ditadura padrão (MARTIN, 2011).

2) *O Desamparo dos adolescentes frente a ditadura da beleza*:

Freud (1930) externou em *"*O mal-estar na civilização" o quanto o homem se inquieta frente às questões corporais e descreveu sobre a vulnerabilidade da vida e a perecibilidade do corpo. Para entender o mal estar na civilização pós-moderna, Debord (1997 *apud* Refosco e Macedo, 2010) ressalta que vivemos em uma sociedade do espetáculo sustentada pelo capitalismo, que ressalta o individualismo e o estado de alienação do sujeito.

Lasch (1983 *apud* Refosco e Macedo, 2010) identifica o homem contemporâneo como um ser superficial, individualista e fragmentado, em que se faz presente o império do exibicionismo já que o sujeito precisa ser visto, buscando cada vez mais o culto ao corpo, como forma de preencher um vazio, que evidencia uma situação de desamparo.

Neste sentido Martin (2011) afirma que na adolescência o eu narcísico, sem poder ocultar a aparência do corpo, vê-se acuado pelo medo de não ser causa do interesse do outro, já que devido ao padrão idealizado de beleza, modela-se o corpo crendo que desse jeito ocorrerá à inclusão e a aceitação numa sociedade que rechaça quem não se encaixa na ditadura padrão.

Constata-se que a adolescência é uma etapa em que ocorre o retorno do desamparo e da impotência dos períodos iniciais em que o bebê ainda não tinha recursos para suportar o descomedimento pulsional. Assim sendo, a cultura atual colabora para essa situação de desamparo, já que não propicia mediadores simbólicos para o sujeito e isso se torna ainda mais intrincado quando há falhas narcísicas que reportam ao começo da vida (SAVIETTO; CARDOSO, 2006 *apud* Refosco e Macedo, 2010).

Assim, se integrar à cultura contemporânea é seguir o modelo de beleza ditado, como se houvesse um padrão de estética global, o que acarreta grandes repercussões psíquicas ante os modelos identificatórios apresentados pela cultura a adolescentes que estão em ampla ressignificação de suas identidades, vivendo transbordamento pulsional e fragilidades narcísicas, provocando grandes sofrimentos àqueles que não preenchem os requisitos de um corpo perfeito.

Desse jeito, segundo Macedo; Gobbi e Waschburger (2004 *apud* Refosco e Macedo, 2010) o corpo vai encontrar formas de descarga, mas que não constituem formas de elaboração. Por isso, o adolescente, “na tentativa de evitar se deparar com a própria dor psíquica, utiliza-se de condutas que chocam, atemorizam e paralisam” (MACEDO; GOBBI; WASCHBURGER, 2004, p. 96 *apud* Refosco e Macedo, 2010).

Nesse sentido, a consciência que o adolescente possui de seu corpo fica usualmente deturpada, podendo acarretar o surgimento de diversos transtornos psíquicos, como anorexia, depressão, bulimia e fobias, principalmente quando nota-se que o corpo que se tem está muito distante do paradigma de beleza a ser alcançado, uma vez que este beira a perfeição e é inatingível, evidenciando que esses transtornos estão ligados a um padrão sociocultural que investe demasiadamente no culto à imagem.

Resta à sociedade hodierna reposicionar-se ante os adolescentes oferecendo-lhes outros significantes que não só o corpo a fim de que possam operar mudanças no panorama atual, auxiliando o jovem sujeito a encontrar o seu verdadeiro desejo e diminuir os conflitos gerados pelas imposições socioculturais.

CONCLUSÃO

O corpo em evidência é um dos referenciais da contemporaneidade na sociedade performática do século XXI consagrando uma ditadura corporal e tornando-se uma mercadoria de grande valor de troca, pois a cultura à estética do corpo em nome do poder econômico é bastante insuflada de valores narcísicos, de um mundo centralizado no Eu, que compromete a singularidade prevalecendo um padrão homogeneizado de modelos a serem seguidos, mergulhando o adolescente em um campo simbólico que faz da exaltação de seu corpo o próprio ideal. Dessa forma, o que ocorre hoje é um mundo influenciado pelo poder da imagem, focalizando o adolescente como um consumidor em potencial, aprisionando seu desejo em nome do capital, em que o ter predomina em detrimento do ser e onde esse ideal de perfeição corporal produz a certeza de um reconhecimento e a possibilidade da valoração do sujeito, confirmado pelo olhar do outro, o que gera um desamparo

As reflexões desenvolvidas neste contexto também discorreram sobre a adolescência como um processo de constituição do ideal do Eu e uma experiência subjetiva, que marca a passagem da vida infantil para a adulta e está vinculada a fortes mudanças, as quais remetem a uma grande fragilidade narcísica, um intenso vazio e uma forte vivência de desamparo, demonstrando que apesar de cada um ter uma forma diversa de passar pelos lutos desse período, todos se preocupam de alguma maneira com o corpo, sendo fundamental o apoio dos pais nesse processo de elaboração. É nesse contexto que a Psicanálise surge para auxiliar o adolescente nas demandas psíquicas desse estágio da vida, a fim de que ele ressignifique as crises e contradições experienciadas nesse processo de reedição do Édipo, em que na sociedade hodierna se vive uma ditadura do culto ao corpo.

É nesse contexto que se pode afirmar que a psicanálise tem o escopo de auxiliar esses jovens na elaboração de suas perdas reais ou simbólicas, como uma via de expressão e de ressignificação de suas angústias e para que eles ressignifiquem suas vivências, reconhecendo no processo adolescente não só a influência da sociedade em que estão inseridos e da cultura globalizada, marcada pela efemeridade, pela grande quantidade de informações e pela rapidez com que elas se espalham, mas também, a singularidade de cada jovem sujeito.

REFERÊNCIAS

ALBERTI, S. O adolescente e o Outro. Rio de Janeiro: Zahar, 2004.

BACCHINI, A. L. Faz-se tudo por amor, inclusive morre-se o ideal de amor romântico e a exposição de mulheres ao HIV/Aids. Tese (Doutorado) – Pontifícia Universidade Católica – RJ, 2017.

BIRMAN, J. Adolescência sem fim? Peripécias do sujeito num mundo pós-edipiano. In: CARDOSO, M. R; MARTY, F (Orgs). Destinos da adolescência. Rio de Janeiro: 7 Letras, 2008, pág. 81-105.

GARRITANO, E. J; SADALA, M.G.S. O Adolescente e a cultura do corpo: uma visão psicanalítica. Polêm!ca Revista eletrônica, v. 9, n. 3, p. 56 – 64, julho/setembro 2010.

FREUD, S. (1905) Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. In: Edição standard das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. 7.

_____. (1914) Sobre o Narcisismo: uma introdução. In: Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud: Rio de Janeiro: Imago, 1987, v. 14.

_____. (1930). O Mal-estar na civilização In: Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freu: Rio de Janeiro: Imago, 1969, v. 21.

JERUSALINSKY, A. N. Adolescência e Contemporaneidade. In: Conselho regional de Psicologia 7ª Região. Conversando sobre Adolescência e Contemporaneidade. Porto Alegre: Libretos, 2004.

KYRILLOS NETO, F. Psicanálise e corpo na contemporaneidade. Belo horizonte: s/d. Disponível em http://www.psicopatologiafundamental.org/uploads/files/iii_congresso/temas_livres/psicanalise_e_corpo_na_contemporaneidade.pdf Acessos em: 07 jan 2016.

MARTINS, M. R. C. A imagem corporal do adolescente na contemporaneidade: o culto ao corpo. Dissertação de mestrado, programa de pós- graduação da PUC – MG, 2011. Disponível em: http://www.biblioteca.pucminas.br/teses/Psicologia_MartinsMRC_1.pdf. Acessos em 07 jan 2016.

NASIO, J. D. Meu corpo e suas imagens. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2009.

NOGUEIRA, L.A. Narcisismo e identificações. http://www.sedes.org.br/Departamentos/Formacao_Psicanalise/Acto%20Falho8/narcisismo_e_identificacoes.htm

REFOSCO, L. L; MACEDO, M. M. K. Anorexia e bulimia na adolescência: expressão do mal-estar na contemporaneidade. Barbaroi, Santa Cruz do Sul , n. 33, dez. 2010 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-65782010000200005&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 08 jan. 2016.

SAVIETTO, B.B; CARDOSO, M.R. Adolescência: ato e atualidade. Revista Mal-Estar e Subjetividade. Fortaleza: v. VI, n.1, p.15 - 43, março, 2006.

III CONGRESSO DE PSICOLOGIA: as diversas faces do cuidar.
De 26 a 28 de abril de 2018. Belém – PA/
HANGAR – Centro de Convenções da Amazônia
Volume 03 – ISSN: 2526-527X
CADERNO DE TRABALHOS COMPLETOS
http://revistas.unama.br/index.php/anaispsicologia/index

ADOÇÃO DE CRIANÇAS: RESSIGNIFICANDO VÍNCULOS NA FAMÍLIA SOB A PERSPECTIVA DA GESTALT-TERAPIA

JATENE, Karyna Saul de Oliveira
karynajatene@yahoo.com.br
LOPES, Ana Carolina Silva.

INTRODUÇÃO

O abandono vivido por crianças acarreta um profundo sofrimento devido à rejeição experimentada, à perda das figuras parentais, a dor da separação e o pouco afeto que tiveram em instituições ou no seio da família biológica, atingindo seu desenvolvimento emocional e sua autorregulação.

Não é só a mudança de ambiente, representativo de um novo campo relacional, como, por exemplo, um lar que irá curar a dor da criança abandonada. Para ela iniciar o processo de cicatrização de suas feridas emocionais é preciso haver um ambiente familiar nutritivo em que seja construída uma relação de carinho, a fim de que a dor existente seja superada e que a criança possa abrir-se a um vínculo afetivo, pois à medida que vai se fortalecendo internamente na vida em família, vai conseguindo entrar em contato com toda a sua carência afetiva e com a fúria sentida contra a rejeição parental primária (BRITO; ANTONY, 2010).

A família, em qualquer configuração que se apresente na contemporaneidade – monoparental, matrifocal, reconstituída – é a primeira influência determinante na construção da identidade da criança, sendo um sistema vivo, pulsante, que a cada momento transforma e é transformado por inúmeras interferências decorrentes de diferentes variáveis. Nesse contexto, a marca característica das famílias adotivas é o encontro dos desejos, das diversidades, das novas possibilidades. (FERNANDES, 2010). Por isso, a construção das relações afetivas entre adotantes e crianças adotadas é tão importante e condição fundamental para o êxito da adoção.

Para compreender a vida dessas crianças e de suas famílias, nos embasamos teoricamente nos preceitos da Gestalt-terapia, a fim de entender melhor os sentimentos envoltos no vivido desses grupos familiares, e de como o investimento

afetivo disponibilizado a essas crianças as influenciará consideravelmente nos seus ajustamentos criativos, auxiliando os membros que compõem estas famílias a encontrar a melhor forma de se relacionar.

OBJETIVOS

O objetivo dessa pesquisa é realizar discussão a partir da produção bibliográfica nacional que aborda o tema da adoção de crianças, utilizando-se do construto teórico da Gestalt-terapia na análise da construção dos vínculos familiares, apurando como a família contribui para o desenvolvimento da criança adotada, tendo em vista que a relação dos pais com os filhos adotivos se dá no contato e na criação de uma ampla conexão de afeições, carinho e amor. Ante esse cenário, foi preciso entender algumas concepções fundamentais da Gestalt-terapia, tais como: fronteira de contato; contato; *awareness;* ajustamentos criativos funcionais e disfuncionais; autorregulação e associá-las às experiências vividas pela família e pela criança adotada.

METODOLOGIA

A metodologia empregada neste estudo foi a pesquisa bibliográfica, impulsionada pelas nossas indagações, dúvidas, insuficiência de trabalhos científicos sobre o tema da filiação adotiva na abordagem gestáltica e pelo nosso interesse sobre o assunto. Para Andrade (1997) a pesquisa bibliográfica pode ser desenvolvida como um trabalho em si mesmo, oferecendo meios que auxiliam na definição e resolução de problemas já conhecidos, como também na exploração de novas áreas produzindo novas conclusões. Para a realização deste artigo, foram consultadas revistas periódicas e livros de Gestalt-terapia, além de artigos científicos publicados nas plataformas Pepsic e Scielo. Posteriormente, buscou-se documentar e discutir os conceitos no tocante à compreensão do processo de adoção de crianças, bem como esclarecer, de que forma à luz da Gestalt-terapia, pode-se entender o estreitamento do vínculo e a ressignificação dos sentimentos relacionados à dinâmica familiar.

Diante disso, este trabalho discorre sobre a adoção de crianças, perpassando pela conceituação, aspectos históricos, legais e psicológicos, pois os entendemos como relevantes para a pesquisa de um tema de repercussão social, ressaltando, por fim, de que forma o psicólogo pode ser um instrumento facilitador no processo de ressignificação dos elos de afeto, auxiliando pais e filhos a entrarem em Contato, a desenvolverem confiança mútua, concedendo apoio emocional a todos os implicados nesse quadro, diminuindo as possibilidades de devolução e impactos que essas circunstâncias podem causar.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Conceitos

No Brasil, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), Lei 8.069, de 1990, considera criança a pessoa até 12 anos de idade.

Art. 2º "Considera-se criança, para os efeitos desta Lei, a pessoa até doze anos de idade incompletos, e adolescente aquela entre doze e dezoito anos de idade."

De acordo com Aguiar (2014), a criança é um ser global, o que acarreta uma vinculação, reciprocidade e retroalimentação entre fatores emocionais, cognitivos, orgânicos, comportamentais, sociais, históricos, culturais, geográficos e espirituais. A organização destes elementos interdependentes é regida por uma força que visa sempre à busca de equilíbrio. Dessa forma, o que acontece em uma parte sempre afeta as outras e, consequentemente, a totalidade do indivíduo.

São várias as definições de adoção, bem como o seu entendimento no âmbito jurídico e psicossocial. Para Gomes (2003), a adoção geralmente diz respeito a crianças com antecedentes de abandono, que tiveram experiências traumáticas, necessitando de famílias adotivas carinhosas e que se interessem por elas, oferecendo permanência e segurança às suas vidas. Além de ser um procedimento burocrático, legal, consciente, deliberado e planejado na vida familiar é também uma instituição afetiva e uma outra maneira de ser pai e mãe. Ela está ligada à realidade psicológica e social no mundo onde representa um projeto de vida personalizado

para a criança que deve ter por base, sempre que possível, um estudo da situação psicológica, social, espiritual, clínica, cultural e legal referente ao filho e a sua família.

O jurista Carlos Roberto Gonçalves (2014, p.381) compreende por adoção "o ato jurídico solene pelo qual alguém recebe em sua família, na qualidade de filho, pessoa a ela estranha".

A adoção afetiva é a verdadeira relação parental, sendo esta uma necessidade não só do adotado, mas de qualquer filho, já que é fundamentada no amor, na percepção e compreensão dos sentimentos da criança, sendo necessário o suporte de uma rede para que a relação entre criança adotada e família potencialize o desenvolvimento de um vínculo familiar forte e saudável, a fim de que ocorra uma comunhão entre os envolvidos (GOMES, 2003).

Conhecer as redes de relacionamentos da criança e de sua família é relevante tanto para entender as diversas interferências no comportamento da família, sejam elas econômicas, sociais e culturais, quanto para analisar os meios disponíveis dos quais a família pode lançar mão para encarar os desafios que a afligem, encontrar novos rumos e se modificar, uma vez que a criança não só está inserida nessa rede como depende de vários membros dela, interagindo com cada um deles com maior ou menor intensidade e regularidade (FERNANDES, 2010). Dessa forma, é possível ter um entendimento mais preciso da dinâmica do comportamento da criança na interação com os subsistemas com os quais ela convive.

Breve história da adoção

A adoção é uma prática que ocorre desde a Antiguidade, pois os escritos bíblicos já mencionavam casos envolvendo adoção de crianças, como em 1250 a.C a história de Moisés, que veio a se tornar o herói do povo hebreu. Nessa época, a valorização da adoção estava relacionada com a possibilidade de perpetuação do nome de uma família para aqueles que não tinham descendentes. Contudo, ao longo da história essa ação recebeu vários sentidos, desde religiosos, políticos e caritativos, de acordo com a cultura e a época. Na Idade Média, a adoção passa a não ser bem vista por conta da Igreja Católica uma vez que poderia influenciar o

reconhecimento legal dos filhos adulterinos ou incestuosos, ressurgindo posteriormente na Idade Moderna (PAIVA, 2004 *apud* MAUX e DUTRA, 2010).

No Brasil, a história da adoção se faz presente desde a colonização estando a princípio relacionada com a caridade, conforme orientava a igreja, em que os mais ricos prestavam assistência aos mais pobres. Era comum haver nas casas das pessoas abastadas filhos de terceiros, chamados "filhos de criação", os quais não possuíam situação formalizada, servindo como mão-de-obra gratuita. Não havia um interesse genuíno de cuidado pela criança que ocupava um lugar diferenciado e era tratada de maneira inferior em relação aos filhos biológicos, o que contribuiu significativamente para, segundo Paiva (2004 *apud* MAX e DUTRA, 2010), que esta forma de filiação seja impregnada de mitos e preconceitos até hoje.

A prática ilegal de registrar como filho uma criança nascida de outrem diretamente em cartório, conhecida como adoção *à brasileira*, constituía-se em 90% das adoções realizadas no Brasil até os anos 80 do século XX, pois desta maneira, procurava-se esconder a adoção como se essa fosse motivo de vergonha. Essa prática hoje é proibida por lei (WEBER, 2001 *apud* Maux e Dutra, 2010).

Aspectos legais

O processo de adoção mostra-se como um dos mais importantes na área da Infância e da Juventude, uma vez que almeja a colocação da criança ou adolescente em lar substituto de forma definitiva, revelando-se, como um processo que requer um certo conhecimento da lei e compreensão do desenvolvimento emocional do ser humano a partir do início da vida (GOMES, 2003).

De acordo com o Cadastro Nacional de Adoção do Conselho Nacional de Justiça (2018), existem 4,8 mil crianças aguardando serem adotadas no Brasil e mais de 37 mil candidatos habilitados à procura de novos filhos e isso se deve à expectativa por um perfil muito específico por parte dos adotantes: crianças muito novas, sem irmãos e, de preferência, brancas. No país, a diferença entre a expectativa e a realidade é que 91% só aceitam crianças de até 6 anos, sendo que 92% têm entre 7 e 17 anos; 68% não aceitam adotar irmãos, embora 69% possuam irmãos; 20% só aceitam crianças brancas, conquanto 68% sejam negros ou pardos.

No Pará, a quantidade de acolhidos é de 1161 crianças em todo o Estado, com 143 entidades de acolhimento (CNJ, 2018). Para mudar a realidade das crianças que vivem em abrigos é preciso modificar primeiramente a mentalidade de quem quer adotar e o modo como a adoção é vista.

A primeira vez que a adoção apareceu em nossa legislação foi em 1828 e tinha como função solucionar o problema dos casais sem filhos. Estudos mostram que a infertilidade ainda é o principal motivo que leva casais a procurar os Juizados da Infância e da Juventude buscando construir uma família através da adoção (PAIVA 2004 *apud* MAUX e DUTRA, 2010).

Apesar de ser visível que o único interesse que existia era a satisfação daqueles que adotavam e não o da criança, no Brasil, várias mudanças legais ocorreram desde o Código Civil de 1916, Lei 3.071, que foi a primeira legislação promulgada dentro do Direito de Família a tratar da adoção (MAUX e DUTRA, 2010).

Em 1965, com a Lei 4.655, foi instituída a legitimação adotiva, que era declarada só por decisão judicial e findava o vínculo do adotado com sua família. Posteriormente, em 1979, o código de menores substituiu a legitimação adotiva pela adoção plena. Mas foi com a Lei 8.069/1990, que instituiu o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e regulamentou a prática da adoção no Brasil, que ocorreram mudanças significativas estabelecendo que a adoção só pode ocorrer em caráter pleno, irrevogável e irretratável, não fazendo diferença legal entre os filhos adotivos ou biológicos de um casal, o que já vinha sendo assegurado pela Constituição Federal de 1988 (CRUZ; BUENO; OLIVEIRA, 2015).

De acordo com o ECA, em seu artigo 19: “É direito da criança e do adolescente ser criado e educado no seio de sua família e, excepcionalmente, em família substituta, assegurada a convivência familiar e comunitária, em ambiente que garanta seu desenvolvimento integral”.

Art. 20: “Os filhos, havidos ou não da relação do casamento, ou por adoção, terão os mesmos direitos e qualificações, proibidas quaisquer designações discriminatórias relativas à filiação”.

Em 2009, o Estatuto da Criança e do Adolescente sofreu algumas modificações com a Nova Lei de Adoção, Lei 12.010, a qual priorizava a garantia dos

direitos das crianças e adolescentes, destacando-se o tema da reintegração familiar como uma realidade presente no acolhimento institucional, resultado de novas práticas profissionais (SILVA e ARPINI, 2013).

Com a publicação da Lei 13.509/2017, houve a criação de novas regras para acelerar adoções no Brasil e priorizar a adoção de grupos de irmãos e crianças, além de adolescentes com problemas de saúde, buscando efetivar a proteção integral da criança e do adolescente, protegendo-os de modo mais efetivo nas situações de risco e oportunizando-lhes uma convivência familiar, enaltecendo o convívio em famílias acolhedoras e colocando em última hipótese o acolhimento institucional, a fim de afastar a política de institucionalização da criança e do adolescente (ASSIS, 2018).

Com a evolução das leis, a adoção deixa de ter um caráter estritamente jurídico, passando a ter um conteúdo mais humano e social, conforme Gomes (2003), despertando sentimentos de generosidade, afeição e amor, se amoldando e progredindo conforme o desenvolvimento da sociedade.

Aspectos psicológicos e construção das relações afetivas sob a ótica da gestalt-terapia

As crianças adotadas, muitas vezes, vêm de acontecimentos penosos vividos, de ambientes repletos de adversidades, inadequados, sem afeto, em que não tiveram a oportunidade de fantasiar e brincar, tendo que produzir desde cedo comportamentos disfuncionais de adaptação para a preservação do equilíbrio emocional pessoal. Entretanto, Delacroix (2008 *apud* Cardella, 2014) ressalta que a antropologia da Gestalt-terapia é de esperança, pois o homem é capaz de ir além do trágico, das rupturas, das perambulações e da errância, integrando-se, criando um centro dinâmico, transformando-se e sustentando-se na condição humana. É nesse panorama que Brito e Antony (2010, p.154) enfatizam que a presença cuidadora e amorosa é fundamental:

> Essas crianças demonstram que o que mais precisam é de amor incondicional e compreensão, pois só assim poderão superar a dor da separação precoce, da rejeição primária, da

> perda das figuras parentais e, principalmente, da perda da esperança de ser capaz de construir um futuro saudável.

Para isso, é preciso que a criança adotada entre em contato satisfazendo as suas necessidades, absorvendo o que é nutritivo e repelindo o que é tóxico, a fim de se autorregular para que possa haver crescimento, ampliação da *awareness* e um equilíbrio dinâmico no campo organismo/meio. Perls, Hefferline e Goodman (1951/1997, p.44) já externavam que "Todo contato é ajustamento criativo do organismo e ambiente".

Convém salientar que apesar de o ser humano ser capaz de se autorregular, nenhum organismo se autorregula sozinho, pois as pessoas se autorregulam com base nas trocas ambientais que realizam com o mundo e com o outro, consistindo a autorregulação em "um processo interno inerente ao organismo que o direciona na busca de conservação do seu bem estar" (BRITO; ANTONY, 2010, p.156). A autorregulação da criança adotada pode ser comprometida devido a uma trajetória marcada, muitas vezes, por maus tratos, tensões físicas, emocionais, rompimentos de laços, privação do contato físico e afetivo da figura materna, o que irá afetar seu desenvolvimento emocional saudável e diminuir a capacidade de autossuporte para enfrentar situações adversas.

A Gestalt-terapia sendo uma abordagem fenomenológico-existencial com uma visão holística de homem e mundo, que prioriza as relações valorizando a influência recíproca entre criança e ambiente, entende que os fenômenos psicológicos emergem das trocas emocionais vividas na unidade criança-outro-mundo, no "entre" das relações humanas (ANTONY, 2009). Por isso a necessidade de levar em conta todo o contexto da criança adotada, nos quais estão inseridas as fronteiras de contato. Para Perls, Hefferline e Goodman (1997, p.45) "crescimento [...] é função da fronteira de contato no campo organismo/meio; é por meio do ajustamento criativo, mudança e crescimento que as unidades orgânicas complicadas persistem na unidade maior do campo". Dessa forma, é importante considerar a experiência singular da criança e o que é experienciado entre ela e o outro. Nesse sentido, Cardella (2014, p.113) ressalta:

> A vida humana é sempre vida de *alguém*, que acontece em meio aos *outros*. O outro, o diferente, o estranho nos limita, desafia, contesta, desaloja, desarruma e também confirma, testemunha, acolhe e se deixa transformar pelo nosso modo de ser. Paradoxalmente, nos faz outros para nós mesmos e possibilita que nos apropriemos do próprio.

Daí a importância do vínculo afetivo ser constituído em bases sólidas na construção da relação filho adotado e a família, já que a criança é a soma de suas partes e uma totalidade que se autorregula a partir da interação com o meio. Brito e Antony (2010) ressaltam que a família adotada tem a atribuição de estabelecer vínculos com as crianças e resgatar a relação primária que gera a sensação de segurança, de valorização e de confirmação, auxiliando a reconfigurar o padrão de suas relações e a ressignificar toda vivência negativa de mundo.

Nesse contexto, a família que, conforme Silveira (2016, p.147), pode ser definida como “qualquer par com vida em comum que tenha laços sentimentais, mesmo sem relacionamento sexual” é o lugar onde se vivem as mais diferentes experiências e emoções e peça chave para um estar no mundo mais satisfatório desde que seja um lugar de pertencimento. Para Brito e Antony (2010) a habilidade da família adotante em lidar com o processo de reconstrução de um eu pertencente a uma família é que ajudará a fechar as feridas da criança e amenizar a dor do abandono e da rejeição sofrida.

Quando se fala em disfuncionalidade, Oaklander (2006 *apud* Antony, 2009) assevera que a criança está ligada àqueles que lhe são significativos, percebendo todo sofrimento de seus entes queridos, o que afeta demasiadamente seu comportamento, suas emoções e a forma de pensar sobre si mesma e sobre o mundo, a ponto de gerar perturbações psicológicas que não são esquecidas pela criança, e sim disfarçadas. Por ter uma forte sensibilidade sensorial e afetiva, a criança é capaz de captar as alterações de humor e as peculiaridades emocionais das pessoas com quem convive, tomando-as para si como se ela fosse a fonte dos problemas, da tristeza e da raiva dos pais.

O contato com as novas famílias sempre criará repercussões, pois esse processo de apropriação de algo do ambiente assegura o desenvolvimento e a preservação do organismo. Perls, Hefferline e Goodman (1951/1997, p.44-5) enfatizavam que “o contato não pode aceitar a novidade de forma passiva ou meramente se ajustar a ela, porque a novidade tem que ser assimilada”.

Com o intuito de fortalecer a nova família e gerar funcionalidade, é preciso que pais e filhos realizem ajustamentos criativos, pois é grandiosa a capacidade que a criança tem de descobrir formas criativas para lidar com um ambiente hostil, já que a dimensão sensorial/intuitiva predomina em sua existência. Para Antony (2009, p.6):

> O ajustamento criativo representa o processo dinâmico e ativo de engajamento do indivíduo com o ambiente em busca de resolver situações e assim restaurar a harmonia, o equilíbrio, a saúde do organismo. Ocorre por meio da autorregulação (processo espontâneo e inato do organismo) que visa à satisfação das necessidades primordiais do momento, considerando as possibilidades ambientais. No entanto, nem sempre o meio atende às necessidades primárias da criança que para se autorregular modifica a necessidade original realizando um ajustamento criativo coerente com as possibilidades do meio de supri-la.

Fernandes (2010) ressalta que são muitas as questões envolvendo famílias adotantes e crianças adotadas e todos esses temas exigem delicadeza no trato, pois são tabus para algumas famílias ou por medo ou por não saber lidar com circunstâncias desconhecidas ou para garantir a privacidade da família: histórias vinculadas ao processo de adoção; como os pais elaboraram a questão de não poder ter um filho no caso daqueles que não puderam ter; se a adoção foi um projeto de vida; se veio para resolver uma situação contingente à própria criança; a preocupação do filho adotivo querer conhecer ou ir buscar suas raízes biológicas; como se sentiu aquele que não pode gerar? Como foi que optaram pela adoção? Como se sentiram com relação à frustração do seu projeto familiar inicial? Quem são

os pais biológicos da criança? Quais foram as circunstâncias que levaram à decisão de abandoná-la ou encaminhá-la para adoção?

E são por questões como as supramencionadas que o vínculo pais-psicoterapeuta-criança na Gestalt-terapia é tão importante e fundamenta-se em uma relação dialógica, pois trata-se de uma relação horizontal que se baseia na confiança mútua e tem como objetivo o trabalho conjunto de ampliar a compreensão sobre as dinâmicas interacionais que se estabelecem na família, tencionando aprimorar o contato entre seus membros, uma vez que os pais quando buscam a psicoterapia, estão à procura de um crescimento mais saudável para o seu filho. (FERNANDES, 2010). O psicoterapeuta escuta as preocupações, ansiedades, conflitos, desejos e os contraditórios sentimentos envolvidos entre pais e filhos adotados, respondendo com dados de sua observação pessoal, sendo essa circularidade dos momentos de reflexão conjunta e de encontro, que faz emergir a figura a ser contatada, trabalhando os conteúdos emocionais do universo infantil e fazendo com que os pais aos poucos sejam confirmados na sua função, seguindo sempre o fluxo da *awareness*.

É preciso que o psicoterapeuta perceba a forma como à família ou o casal chega no campo que foi construído por eles, trabalhando na fronteira de contato o que está sendo experienciado ali e pode conduzir à mudança, conforme Silveira (2016), sendo necessário “dar mais atenção à história do cliente e a tentar compreender como o presente poderia estar a serviço de evitar aquilo que ocorrera no passado”... “pois quando um afeto ou necessidade não pode se realizar, a Gestalt fica incompleta, causando sofrimento e angústia”, segundo Frazão (1992 *apud* SILVEIRA, 2016).

Por fim, é preciso criar um espaço onde as dores emocionais da criança possam ser expressadas sem medo de punição, de maneira que ela entre em contato com seus sentimentos e tenha uma maior *awareness* de si própria para descobrir suas qualidades e tentar recriar-se do melhor modo possível, ajudando-a a desconstruir a visão negativa que ela introjetou em si mesma, utilizando experimentos para que descubram suas potencialidades inatas e promovam o contato com o seu corpo para resgatar memórias sensório-afetivas e ter uma

percepção maior de seus sentimentos, a fim de alcançar a autorregulação. Quanto aos pais adotivos, é preciso informá-los sobre as fases durante o processo de adoção e do processo de adaptação à família pelas quais a criança passa, sendo importante apoiá-la e acolhê-la nos momentos “de fúria” e de maior dificuldade, procurando entender que a agressividade dela não é voltada à pessoa dos adotantes e sim às figuras parentais biológicas as quais representam (BRITO; ANTONY, 2010).

Assim, com o intuito de ressignificar os vínculos familiares e fortalecê-los é necessário mostrar às crianças adotadas que a vida tem vários caminhos diferentes a serem percorridos e que eles podem ser gratificantes quando se escreve uma nova história em busca de autorrealização e da cura emocional de suas feridas.

CONCLUSÃO

Ante o exposto, concluiu-se que, embora existam alguns estudos sobre o tema da adoção filial, ainda são poucos os materiais disponíveis na ótica Gestáltica, a qual enxerga o ser humano, inclusive as crianças, de uma forma mais ampla, com capacidade de se transformar e de mudar o que as cerca, reconhecendo também a importância da família, em qualquer configuração que esta se apresente, para confirmar e auxiliar a criança adotada em seu desenvolvimento.

Para humanizar o processo de adoção em todas as suas fases, trâmites burocráticos e legais é preciso investir afetivamente na criança, o que irá proporcionar um funcionamento saudável na forma de lidar com o seu ambiente.

A psicoterapia pode ser um importante instrumento facilitador em que deve ser trabalhada a família adotante e a criança adotada, a fim de que esta elabore estratégias saudáveis para ampliar a *awareness* e desenvolver ajustamentos criativos, encontrando novas formas de lidar com o meio.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, L. Gestalt-terapia com crianças: teoria e prática. São Paulo: Summus Editorial, 2014.

ANDRADE, M. M. de. Introdução à metodologia do trabalho científico. 2. ed. São Paulo: Atlas, 1997.

ANTONY, S. M. da R. Os ajustamentos criativos da criança em sofrimento: uma compreensão da gestalt-terapia sobre as principais psicopatologias da infância. Estud. pesqui. psicol., Rio de Janeiro , v. 9, n. 2, sept. 2009 . Disponible en <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812009000200007&lng=es&nrm=iso>. accedido en 04 abr. 2018.

ANTONY, S.; BRITO, M.X.de. Abandono, Abrigamento e Adoção: O que os pais precisam saber sobre as crianças e a realidade dos abrigos. In: A clínica gestáltica com crianças: caminhos de crescimento/ Sheila Antony (org.). – São Paulo: Summus, 2010.

ASSIS. R.B. Breve análise do processo de adoção no sistema jurídico brasileiro: enfoque nas inovações legislativas advindas da Lei nº 13.509/2017. Disponível em: https://jus.com.br/artigos/63335/breve-analise-do-processo-de-adocao-no-sistema-juridico-brasileiro/2. Acessado em: 18 de março de 2018.

BRASIL. Lei Federal Nº. 8069, de 13 de julho de 1990. ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente. Brasília, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil/LEIS/L8069.htm. Acesso em: 17 de março 2018.

BRASIL. Lei Federal Nº 12.010/09, de 03 de agosto de 2009. Nova Lei Nacional da Adoção. Brasília, 2009. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2009/Lei/L12010.htm. Acesso em: 17 de março 2018.

BRASIL. Lei Federal nº 13.509, de 22 de novembro de 2017. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm. Acesso em: 17 de março

2018.9.BRASIL. LEI Nº 3.071, DE 1º DE JANEIRO DE 1916. Código Civil dos Estados Unidos do Brasil. Rio de Janeiro, 1º de Janeiro de 1916. Disponível em < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L3071.htm> Acessado em 17 de março de 2018.

CARDELLA, B.H.P. Ajustamento criativo e hierarquia de valores ou necessidades. In: Gestalt-terapia: conceitos fundamentais/ Organização Lilian Meyer Frazão e Karina Okajima Fukumitsu. – 1 ed. – São Paulo: Summus, 2014.

11.CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. Disponível em: http://bit.ly/CNA-CNJ e http://www.cnj.jus.br/programas-e-acoes/cadastro-nacional-de-adocao-cna. Acesso em: 21 de abril de 2018.

CRUZ, D. L. C. da; BUENO, N. de L.; OLIVEIRA, E. D. F de. O papel do psicólogo nos processos de adoção: um olhar gestáltico. Centro Internacional de Documentação da Gestalt-Terapia, XIV Congresso Internacional de Gestalt-Terapia. Última alteração: 2015-10-10. Disponível em: http://congressointernacionaldegestaltterapia.com/congressos/index.php/cigt/xivcigt/paper/view/291. Acesso em: 30 de março de 2018.

FERNANDES, M. B. A família como parceira no atendimento gestáltico infantil. In: A clínica gestáltica com crianças: caminhos de crescimento/ Sheila Antony (org.). – São Paulo: Summus, 2010.

GOMES, M.R. Adoção: aceitar a criança e sua história condição essencial para seu sucesso. Monografia utilizada para conclusão do curso de Psicologia da UNICEUB. Orientadora: Maria do Carmo Lima Meira. Brasília: 2003.

GONÇALVES, C. R. Direito civil brasileiro, volume 6: direito de família, 11 ed. São Paulo: Saraiva, 2014.

MAUX, A. B.; DUTRA, E. A adoção no Brasil: algumas reflexões. Estud. pesqui. psicol., Rio de Janeiro , v. 10, n. 2, ago. 2010 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812010000200005&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 17 mar. 2018.

PERLS. F.S.; HEFFERLINE,R.; GOODMAN, P. (1951) Gestalt-terapia. São Paulo: Summus, 1997.

SILVA, M. L.; ARPINI, D. M. A nova lei nacional de adoção: desafios para a reinserção familiar. Psicol. estud., Maringá , v. 18, n. 1, p. 125-135, Mar. 2013 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722013000100013&lng=en&nrm=iso>. access on 30 Mar. 2018. http://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722013000100013.

SILVEIRA, T.M da. Terapia de casal e de família: uma visão de campo. In: Modalidades de intervenção clínica em Gestalt-terapia/ organização Lilian Meyer Frazão, Karina Okajima Fukumitsu. – São Paulo: Summus, 2016.

III CONGRESSO DE PSICOLOGIA: as diversas faces do cuidar.
De 26 a 28 de abril de 2018. Belém – PA/
HANGAR – Centro de Convenções da Amazônia
Volume 03 – ISSN: 2526-527X
CADERNO DE TRABALHOS COMPLETOS
http://revistas.unama.br/index.php/anaispsicologia/index

ADOLESCENTES EM CONFLITO COM A LEI CUMPRINDO MEDIDA SOCIOEDUCATIVA DE LIBERDADE ASSISTIDA: A PERSPECTIVA DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR

PINHEIRO, Alexia Lima
FONSECA, Carla Carolina Santos da
SANTOS, Jade Fontelles de Lima
JÚNIOR, Reinaldo do Espirito Santo Trindade
RAMOS, Stefanie Seatriz da Silva
LOBO, Sued Magno

INTRODUÇÃO

A presente pesquisa tem por objetivo propor um estudo das percepções das profissionais envolvidas (psicóloga e pedagoga) sobre as causas motivadoras para o ato infracional e dos índices de reincidência, bem como investigar os fatores que contribuem para que determinada classe social tenha mais jovens entrando em atividades ilegais e continuando nelas.

O ECA (Estatuto da Criança e do Adolescente) apresenta um conjunto de medidas que são aplicadas mediante a autoria de um ato infracional. Para crianças, cabe ao Conselho Tutelar as providências e encaminhamentos, aplicando as medidas de proteção. Para adolescentes, que serão o destaque dessa pesquisa, após ser efetuado encaminhamento ao Ministério Público, a quem compete conceder remissão ou representar para a instauração de processo judicial, será aplicada a medida sócio - educativa mais adequada, pelo Juiz da Infância e da Juventude (MARTINS, 2000).

Tal trabalho tem por foco estudar a medida socioeducativa de Liberdade Assistida em um Centro de Referência Especializado em Assistência Social (CREAS). O CREAS é uma unidade pública da política de Assistência Social onde são atendidas famílias e pessoas que estão em situação de risco social ou tiveram seus direitos violados.

A unidade deve, obrigatoriamente, ofertar o Serviço de Proteção e Atendimento Especializado à Famílias e Indivíduos (PAEFI), podendo ofertar outros serviços, como Abordagem Social e Serviço para Pessoas com Deficiência, Idosas e suas famílias. É unidade de oferta ainda do serviço de Medidas Socioeducativas em Meio Aberto. Sendo papel do CREAS também oferecer um ambiente de acolhimento e a promoção de superação de situações que colocam em risco a vida de adolescentes e menores em conflito com a lei e suas famílias (FARIA apud SILVA, 2017).

OBJETIVOS

Identificar e analisar as percepções da Equipe Multidisciplinar sobre os adolescentes em conflito com a lei inseridos no CREAS, cumprindo medida socioeducativa de Liberdade Assistida, bem como das práticas socioeducativas desenvolvidas na instituição.

METODOLOGIA

Para nosso objeto de estudo foram selecionados duas profissionais, uma Psicóloga e uma Pedagoga que trabalharam em uma Equipe Multidisciplinar em um Centro Especializado de Assistência Social (CREAS) e que lidaram diretamente com adolescentes em conflito com a lei.

O método utilizado foi um estudo exploratório, cujo foi feito um levantamento de dados através de informações obtidas em uma entrevista semiestruturada. Um estudo qualitativo, com métodos analíticos, utilizando de uma coleta de materiais empíricos a fim de buscar a compreensão e a interpretação dos aspectos subjetivos (GIL, 2008).

RESULTADOS E DISCUSSÕES

A Liberdade Assistida é uma medida socioeducativa na qual é cumprida em meio aberto, isto é, sem que o jovem tenha sua liberdade privada. De acordo com a lei nº 8.069/90 do ECA (Estatuto da Criança e do Adolescente), essa medida é

aplicável aos adolescentes autores de atos infracionais. Trata-se de uma ação judicialmente imposta, de cumprimento obrigatório.

O determinado processo não tem como objetivo somente evitar que o adolescente venha novamente a praticar ato infracional, mas, ajudar o jovem na construção de um projeto de vida, respeitando os limites e as regras de convivência social, buscando sempre reforçar os laços familiares e comunitários. Para melhor compreensão:

> O Ato infracional é o ato condenável, de desrespeito às leis, à ordem pública, aos direitos dos cidadãos ou ao patrimônio, cometido por crianças ou adolescentes. Só há ato infracional se àquela conduta corresponder a uma hipótese legal que determine sanções ao seu autor. No caso de ato infracional cometido por criança (até 12 anos), aplicam-se as medidas de proteção. Nesse caso, o órgão responsável pelo atendimento é o Conselho Tutelar. Já o ato infracional cometido por adolescente deve ser apurado pela Delegacia da Criança e do Adolescente a quem cabe encaminhar o caso ao Promotor de Justiça que poderá aplicar uma das medidas sócioeducativas previstas no Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei 8.069/90).

O atendimento de adolescentes oferecido pelo CREAS deve tornar o ambiente agradável para o jovem em questão, para deixá-los livres de qualquer desconforto ou constrangimento, e também para criar um espaço para o qual eles se sintam à vontade para voltar, no caso da necessidade de um tratamento prolongado. Por se tratar, em sua maioria, de pessoas que foram vítimas - podendo, a partir disso, tornar-se infratores - de diversas violências, preconceitos, negligência do estado e da família, é natural que apresentem alguma resistência ao tratamento, e faz parte da função do CREAS saber lidar com esse tipo de situação. É imprescindível, por tanto, que esses jovens recebam um tratamento especializado,

com instalações físicas apropriadas, em lugar separado do espaço feito para outras demandas (DIGIÁCOMO, 2011).

O atendimento/intervenção psicossociais na medida socioeducativa, tal como preconizado na Lei Orgânica da Assistência Social (BRASIL, 1993) deve ser realizados por profissionais que respeitem preceitos fundamentais dos direitos Humanos, tais como a dignidade humana; o respeito a valorização da diversidade; o entendimento do adolescente como em fase peculiar de desenvolvimento e da subjetividade humana como construída na relação dialética do indivíduo com seu contexto histórico, social e pessoal.

Tais premissas contribuem para uma concepção de criminalidade não pautada em interpretações intrapsicológicas, ou seja, de perceber um crime como consequência única da natureza do criminoso e, sim na compreensão do crime como efeito de complexas de relações sociais.

É nesta compreensão da necessidade de formação profissional crítica dos trabalhadores sociais e da importância de se ter políticas públicas bem direcionadas para o atendimento desta parcela da população que nos propusemos como discentes de psicologia a lançar um olhar pesquisador sobre como atualmente alguns destes profissionais percebem as temáticas suscitadas a cima que nos perguntamos: na percepção dos profissionais, o que leva os adolescentes em conflito com a lei a reincidirem no ato infracional, quais as deficiências nas instituições que eles são assistidos e qual a relação disso com o meio social em que vivem? As respostas e análises realizadas se encontram a seguir.

Tabela 1: Atuação dos profissionais no atendimento dos adolescentes no CREAS

Resposta das entrevistadas
PSI: *"São trabalhadas questões das violações/as violências que aquela pessoa sofreu (...) a pessoa entra, em uma determinada situação de violência e aí é agendado o atendimento psicológico, e você vai fazer uma escuta qualificada. A partir daquela escuta você faz todo um planejamento, mas é focal. Claro que vão surgir situações que a pessoa vai falar da infância, vai falar do relacionamento com a família, mas o que você vai trabalhar, se ocorreu a violência com ela, uma*

violência sexual com uma criança de dez anos, tu vais trabalhar os traumas que aquela violência significou para aquela criança. Você vai trabalhar ali, entendeu? E como a família vai agir com essa criança a partir daquele momento. Então, em relação aos atendimentos que o psicólogo faz são esses tipos de atendimento. Tem que ter uma base de que ele (psicólogo) não trabalha sozinho. Ele trabalha com uma equipe e tudo que o psicólogo faz, ele faz de comum acordo com a equipe, o planejamento que ele faz com aquela família é com a equipe multiprofissional. ”

PED: *“A atividade pedagógica é mais para planejar e coordenar as ações (...) então o papel do pedagogo é esse, a minha função era de coordenar essa parte das atividades culturais, recreativas, e também de avaliar a parte educacional, se eles estavam na escola, se estavam frequentando, como estavam as notas. Periodicamente eu fazia inspeções nas escolas (...) eu tinha que ter esses subsídios para, no final, registrar em relatório, por que a gente sempre fazia um relatório final que mandava para o juiz. (...) então na parte pedagógica tinha toda essa parte das interações deles no grupo, das interações nas atividades culturais, e também eu orientava individualmente quando necessário.*

Diante das respostas das duas profissionais entrevistadas, percebeu-se que o trabalho do Psicólogo e do Pedagogo são diferentes dentro da equipe multidisciplinar, cada um tem suas funções e é por isso a importância dessa equipe completa de múltiplos profissionais. Porém, não significa que um profissional seja mais importante do que o outro, pelo contrário, o papel que cada um desempenha, não só desses dois (Psicólogo e Pedagogo), mas de toda os outros profissionais dessa equipe, ajuda no processo de reabilitação desses jovens. Em uma pesquisa realizada no CREAS de Araranguá/SC (ABATTI, 2015), uma das entrevistadas pontuou algo semelhante ao que a psicóloga entrevistada na presente pesquisa relatou:

> “É realizada uma escuta qualificada, levantamento das principais necessidades dos usuários, planejamento do

> processo de intervenção, sempre considerando a necessidade de habilidades interpessoais específicas, a empatia, o respeito e cuidado diante das dificuldades do outro".

Percebe-se, nessa fala, a importância do trabalho realizado por esse profissional, a importância do acolhimento e suporte que esses adolescentes recebem no CRAS. Lourenço (2015) concluiu que as atividades, palestras, eventos e oficinas desenvolvidas pela equipe multidisciplinar devem produzir reflexões, mas não basta apenas refletir, deve agir para que a realidade vivenciada seja transformada, modificada. Como foi relatado pela pedagoga entrevistada.

Tabela 2: A importância dos profissionais no atendimento dos adolescentes no CREAS

Resposta das entrevistadas
PSI: "A*prendi a compreender o ser humano e a se colocar no lugar dele, porque vocês vão se deparar com pessoas, mesmo da Psicologia, que não conseguem se colocar no lugar do outro. Eu escutei muito quando alguns profissionais iam atender adolescentes e se recusavam em atender, porque tinham medo, não sabem da história dele por trás e o que eu percebo na medida socioeducativa é que existe muito esse estigma em relação aos adolescentes"* PED: *"A educação é a base de tudo, então esse jovem tem que ter essa orientação educacional, tem que ter essa supervisão, porque para ele ter um futuro promissor, um futuro melhor, ele tem que ter essa base que é a educação. Ele tem que estar inserido na escola, tem que estar estudando, e pra isso ele tem que ter alguém que o oriente a estudar, a se profissionalizar, então o pedagogo está ali dentro do CREAS pra fazer essa parte, e é de suma importância que seja realizada essa orientação".*

Quando foi perguntado para a psicóloga a importância de sua atuação no CREAS, ela descreveu a experiência que foi para ela atuar com os adolescentes e

não, de uma maneira geral, a importância do psicólogo nessa área. A pedagoga explicou, assim como Lourenço (2015), que a função desse profissional é proporcionar aprendizagem aos sujeitos. Essa mesma autora ainda ressalta que a Pedagogia tem o privilégio de dialogar e humanizar no sentido de transformar realidades, algo que a psicóloga coloca quando diz que se deve colocar-se no lugar outro.

Tabela 3: Os principais motivos que levam a criança ou adolescente a cometer um ato infracional

Resposta das entrevistadas
PSI: *"São tantos, tem muito a ver com a questão da subjetividade, tem muito a ver com a questão social, tem muito a ver com a questão familiar; o que a gente observava nos atendimentos com os adolescentes lá em Marituba, muitas questões de drogas (...) e as famílias, eu não posso dizer que são todas famílias carentes porque tinham famílias de classe média baixa e classe média, com filhos que foram cumprir medidas socioeducativas (...) a falta de orientação familiar também tem um pouco de, não vou dizer de culpa, mas contribui um pouco, questões da educação, a escola me parece que precisa se fazer toda uma reformulação do conteúdo escolar, do planejamento escolar (...) a questão de gangue, a questão da autoafirmação, a questão da família quando não orienta, quando não conversa, quando não diz o que é certo e o que é errado. Então tudo isso contribui (...) a gente não pode dar só um culpado, questões de políticas públicas, esporte, cultura e lazer (...) então todas essas questões podem contribuir sim para que o adolescente vá cometer atos infracionais, não existe só uma ou só duas".* PED: *"A vulnerabilidade social. Eu acho que, o que mais a gente via lá, eram essas famílias de baixa renda, pobre mesmo (...) vulnerabilidade social, a pobreza, miséria, a falta de recursos, falta de orientação dos pais (...) as más companhias. Então, na minha opinião, é isso, falta de orientação e a vulnerabilidade social".*

Ao discutir os possíveis motivadores para uma criança ou adolescente vir a cometer um ato infracional, é preciso levar em consideração fatores sociais, culturais e biológicos. Portanto, julga-se um indivíduo que viola as normas sociais, como sendo uma pessoa exposta à várias situações de riscos pessoais, familiares, sociais, escolares, entre outros (GALLO; WILLIAMS, 2005). Dentre esses fatores contribuintes para que jovens cometam atos infracionais, precisam ser destacados: a pobreza; as condições de precariedade; a falta de acesso à educação, esporte e lazer, pois essas condições deixam esses indivíduos a margem da violência urbana. Esses fatores foram citados pelas duas profissionais na entrevista.

As drogas também contribuem para que esses indivíduos venham a apresentar comportamentos inadequados, algumas podem até mesmo aumentar a agressividade. Estas também foram pontuadas pela psicóloga e pela pedagoga, além de acrescentarem ainda a falta de orientação familiar como um fator que influenciam essas crianças e adolescentes a cometerem um ato infracional. De acordo com Silva e Rossetti-Ferreira (1999), compreender as motivações que levam os jovens para a criminalidade violenta parece ser um dos desafios mais urgentes para a superação da situação na qual eles se encontram.

Tabela 4: A medida socioeducativa de liberdade assistida e os profissionais que trabalham na equipe atendendo os adolescentes

Resposta das entrevistadas
PSI: *"A partir desse primeiro momento, se reúne com a equipe multiprofissional e se vê qual encaminhamento precisa ser feito. Escola, se ele não está inserido na escola, por que ele parou? A pedagoga entra. Vamos agilizar a escola! Aí a assistente social entra. Vamos agilizar os documentos."* PED: *"Era mais orientação mesmo, orientação pedagógica, em individual ou em grupo, as palestras e a visita nas escolas que cabia mais a mim, porque o resto era sempre em grupo junto a outros profissionais."*

A medida socioeducativa de liberdade assistida coloca condições ao cotidiano do adolescente, com a intenção de que haja mudanças nas atitudes e valores do mesmo, visando uma reconfiguração positiva no relacionamento deste com a família, com as leis e, de maneira geral, com a sociedade (MARTINS, 2000). Para que isso se dê, é necessária a existência de uma equipe multidisciplinar com psicólogos, pedagogos, e assistentes sociais. O trabalho social com esses jovens tem como principal foco, fatores que dizem respeito ao contexto sócio histórico do adolescente e da família, e com base no que for apresentado, é traçado o plano de intervenção.

O psicólogo realiza trabalhos individuais com cada adolescente, mas sempre trabalhando em conjunto com a equipe. O atendimento se dá de forma singular para que possam ser acolhidas as vivências e demandas específicas de cada indivíduo (FRANCHINI; PONTEL, 2015). É importante a parceria com os outros profissionais para que se crie um ambiente confortável e confiável para o adolescente, além de que se tenha informações sobre o estado das outras áreas da vida do paciente, como a escola, por exemplo.

Tabela 5: Atividades que os profissionais desenvolvem com os adolescentes e as dificuldades para a realização das tarefas

Resposta das entrevistadas

SI: *"nós organizávamos oficinas e às vezes não dava para fazer no CREAS (...) então eles eram direcionados até os CRAS para fazer as oficinas, às vezes participar de uma sessão de cinema, entre outras atividades externas. Então essas eram as atividades que eram realizadas com eles: Grupalizações, atendimentos individuais ou multiprofissionais, oficinas e, no caso, atividades extras (...) O certo era ter a medida exclusiva, chega no CREAS e o adolescente teria a equipe exclusiva, mas não era o que acontecia. Além de atender medidas sócio educativas, eu atendia os outros serviços e teve uma época, no caso, foi em 2016, que eu fiquei o ano todo sozinha atendendo no município de Marituba, e todas as situações de violação de direitos e era muito relatório para fazer porque, como você não trabalha só, o CREAS não funciona só. Ele funciona como uma rede de proteção integral"*

PED: *"Bom, atividades assim era mais orientação mesmo, orientação pedagógica, individual ou em grupo, as palestras e a visita nas escolas que cabia mais a mim porque o resto era sempre em grupo junto a outros profissionais (...) Agora, em questão de visita, escola, transporte tinham dificuldades sim. Era um pouco dificultoso essa parte da visita porque tinha que agendar, tem um carro lá que presta serviço para a gente, mas não é exclusivo do CREAS, mas eram dificuldades externas ao invés de dificuldades em relação aos adolescentes, com eles era bem tranquilo".*

Notou-se nas entrevistas que as atividades de grupalizações realizadas com os adolescentes, costumavam ser efetuadas com a participação dos múltiplos profissionais, com exceção das atividades escolares, que ficavam a cargo da pedagoga. Percebeu-se também que suas dificuldades principais não estão relacionadas com a convivência com esses adolescentes, mas sim, com a carência estrutural da instituição.

Os atendimentos individuais, apesar de abordarem aspectos relevantes, acabam por secundarizar aspectos como socialização e discussão de temáticas que importam na adolescência, por isso, Schmitt; Nascimento; Schweitzer (2016) frisam

a importância da realização de atividades grupais no CREAS e citam também que esse é um desafio enfrentado na prática profissional. Percebeu-se isso na entrevista, quando as profissionais explicaram as dificuldades de realizações dessas atividades devido à falta de espaço e dificuldade no transporte desses adolescentes para um espaço maior.

Amorim et al (2014) notam em sua pesquisa, a partir de oficinas realizadas, - tanto com os adolescentes quanto os familiares- que existe uma reflexão dos mesmos sobre o processo socioeducativo, e também, percebem uma nova concepção da garantia de direitos e uma possibilidade de novos rumos. Essas concepções são de suma importância para a ressocialização desses adolescentes.

Tabela 6: O nível de reincidência dos adolescentes

Resposta das entrevistadas
PSI: *"eu não tenho como dizer que o adolescente quando termina a medida e a cumpre irá cometer o crime novamente, porque o interesse dele é terminar, então ele não vai chegar e dizer "Olha, eu terminei aqui, mas eu vou cometer de novo". O CREAS tenta fazer o seu trabalho. (...) esse adolescente tinha que terminar porque ele tinha um compromisso. E quando ele não termina, isso já me diz algo: que ele não está amadurecido."* PED: *"Dá bem resultado sim esse trabalho lá no CREAS. No final do ano a gente fez a festa de encerramento, festa do Natal, a gente até convidou os ex adolescentes da medida que participaram anos anteriores, para dar seu depoimento a respeito do trabalho que foi feito lá com eles, e foram bastantes que compareceram, e falaram também (...) houve muita mudança nos adolescentes lá. A gente percebe que uns estão interessados"*

Perante às entrevistas feitas com as profissionais que trabalharam com os adolescentes em medidas socioeducativas, podemos concluir que não há uma porcentagem exata do nível de reincidência. Fator social, questões financeiras e diversos outros assuntos como até mesmo falta de interesse em seguir um caminho

com regras e leis por não acreditarem em si mesmo podem fazer a pessoa voltar a cometer atos infracionais.

> Esses adolescentes e jovens não só não se veem como detentores de direitos, como não se acreditam capazes de reverter por si próprio, com suas próprias forças e recursos, trajetórias historicamente traçadas para suas vidas (VENANCIO, 2011).

Entretanto, os trabalhos e atividades que são realizados no CREAS são de suma importância, fazendo com que aquele jovem se sinta acolhido pela equipe multidisciplinar e que qualquer chance de reincidência seja mínima tendo uma reintegração social.

Tabela 7: Dificuldades encontradas no atendimento dos adolescentes

Resposta das entrevistadas
PSI: *"(...) a gente encontra muita dificuldade quando a família não aceita que aquele adolescente esteja cumprindo ou quando a família é negligente mesmo e não está interessada nesse adolescente".* PED: *"A dificuldade no atendimento, acho que nenhuma. Os adolescentes, uns eram meio fechados, um pouco tímido, não falavam muito. Outros já conversavam até demais com a gente. Mas de dificuldade não tem muita coisa o que falar, não".*

De acordo com as entrevistas, nota-se que dentre as maiores dificuldades que os profissionais do CREAS encontram, estas estão relacionadas ao fator externo, como exemplo a família que muitas vezes acaba por desmotivar esse menor ou agir de forma negligente devido não acreditar em uma mudança efetiva de comportamento durante a estadia nos programas socioeducativos. O que muitas vezes pode interferir no resultado final desse trabalho.

Segundo Volpi (2001) esses adolescentes sentem uma maior dificuldade em formar um juízo preciso e uniforme devido estarem inseridos nesse contexto social,

onde a justiça é feita de forma incoerente e desigual, em uma fase da vida marcada pela autoafirmação e onde ainda estão a formar opiniões e a ter novas perspectivas em relação ao futuro. Outra dificuldade encontrada, segundo as entrevistadas, diz respeito à falta de recursos que o CREAS possui, onde muitas vezes a equipe multidisciplinar sente a necessidade de retirar dinheiro do próprio bolso com a finalidade de manter esse programa social e assim entregar um atendimento de qualidade a esse menor.

CONCLUSÃO

Embora a pobreza seja um forte estressor para o desenvolvimento humano, isoladamente, não leva a ocorrência de comportamentos infratores, mas sim um conjunto de fatores. Condições socioculturais se associam com condições pessoais como por exemplo: viver em condições de pobreza; em comunidades sem acesso a esporte, cultura e lazer; escolas ruins e sem perspectiva futura de trabalho, podem associar-se ao envolvimento com colegas agressivos, que poderão levar à prática infracional (GALLO; WILLIAMS, 2005). A falta de investimento nos serviços públicos, problemas políticos, instabilidade dos governos, favorecem ainda mais as péssimas condições de vida desses jovens de classe baixa. Isso suscita inúmeros problemas sociais, como dificuldade de inserção nas escolas e altas taxas de desemprego, porém, não só a pobreza faz com que o jovem venha a cometer atos infracionais, mas também o consumo de drogas e família problemática.

Ao cometer atos infracionais, os adolescentes terão que cumprir medidas socioeducativas, na qual, tem como objetivo evitar que o adolescente venha novamente a pratica-los, ajudando também o jovem na construção de um projeto de vida, respeitando os limites e as regras de convivência social, buscando sempre reforçar os laços familiares e comunitários. O atendimento de adolescentes oferecido pelo CREAS deve tornar o ambiente agradável para o jovem em questão, para deixá-los livres de qualquer desconforto ou constrangimento, e também para criar um espaço para o qual eles se sintam à vontade para voltar, no caso da necessidade de um tratamento prolongado. Por se tratar, em sua maioria, de pessoas que foram vítimas - podendo, a partir disso, tornar-se infratores - de diversas violências,

preconceitos, negligência do estado e da família, é natural que apresentem alguma resistência ao tratamento, e faz parte da função do CREAS saber lidar com esse tipo de situação. É imprescindível, por tanto, que esses jovens recebam um tratamento especializado, com instalações físicas apropriadas, em lugar separado do espaço feito para outras demandas (DIGIÁCOMO, 2011).

No CREAS, o trabalho com o adolescente é realizado por uma equipe multidisciplinar, composta por 1 coordenador, 1 assistente social, 1 psicólogo, 1 advogado, 2 profissionais de nível superior ou médio (abordagem dos usuários) e 1 auxiliar administrativo. Essa equipe irá trabalhar em conjunto para que haja sucesso na realização do trabalho com os usuários do serviço. Diante isso, a pesquisa realizada com duas profissionais, uma psicóloga e uma pedagoga que trabalharam juntas na mesma equipe no CREAS de Marituba, foi possível perceber a importância de cada profissional que atende os adolescentes que chegam nesse Centro, pois cada profissional pode estar fazendo o trabalho voltado para esses sujeitos dentro de sua área de conhecimento.

Portanto, não há como dizer apenas um fator que leva os jovens a cometer atos infracionais, mas podemos levar em consideração condições sociais e pessoais no qual esses adolescentes se encontram. Compreender os motivadores para tais atos facilita no processo de recuperação e inserção desses indivíduos na sociedade, e o trabalho que é feito em torno disso precisa ser realizado por uma equipe de profissionais completa e que possa trabalhar em conjunto com a família e também com a comunidade.

REFERÊNCIAS

BRASIL, Lei nº 8.742. Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS). Brasília: DF, 7 de dezembro de 1993.

GALLO, A. E.; WILLIAMS, L. C. Adolescentes em conflito com a lei: Uma revisão dos fatores de risco para a conduta infracional. Pepsic, 2005.

GIL, A.C. Métodos e técnicas de pesquisa social. Editora Atlas S.A, 2008.

LOURENÇO, V.T. A atuação do pedagogo no contexto do Centro de Referência de Assistência Social de Sinop – MT. Revista Eventos Pedagógicos, 2015.

III CONGRESSO DE PSICOLOGIA: as diversas faces do cuidar.
De 26 a 28 de abril de 2018. Belém – PA/
HANGAR – Centro de Convenções da Amazônia
Volume 03 – ISSN: 2526-527X
CADERNO DE TRABALHOS COMPLETOS
http://revistas.unama.br/index.php/anaispsicologia/index

ASSISTÊNCIA PSICOLÓGICA A PACIENTES COM TRAUMA TÉRMICO: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA NO ÂMBITO DO PROJETO VIVÊNCIAS DA UNIVERSIDADE DA AMAZÔNIA

CARRÉRA, Lucas
lukas_karrera@hotmail.com.
MESQUITA, Glaucia
LEBREGO, Arina
SILVA, Jaqueline China da
VASCONCELOS, Ana Carolina Peck

INTRODUÇÃO

O presente trabalho visa discorrer sobre a experiência de discentes do 5º semestre do Curso de Psicologia da Universidade da Amazônia (UNAMA) no “Projeto Vivências” desenvolvido em Instituições de Saúde do Estado do Pará, o referido projeto teve como finalidade favorecer aos estagiários a observação e acompanhamento das atividades assistenciais de Psicólogos hospitalares e da rotina destes profissionais em equipe interdisciplinar em um Centro de Tratamento Especializado nos cuidados a pacientes que sofreram queimaduras. O fazer deste profissional dentro do contexto hospitalar é diferenciado devido às demandas urgências, as quais exigem que ele tenha uma escuta singular para a dor daquele paciente.

Sabe-se que a Psicologia Hospitalar vem progressivamente ascendendo dentro do contexto das unidades de saúde ofertando um suporte metódico, assistência psicológica e uma condução humanizada, sendo indispensável a participação do psicólogo hospitalar no auxílio da aceitação terapêutica e intervenções médicas proposta ao paciente, tendo resultados notáveis na recuperação do mesmo (GUIMARÃES et al., 2012).

O centro de tratamento de queimados é uma área específica e distinta dentro do hospital a qual tem sua própria equipe de saúde contando com cirurgiões plásticos, enfermeiros, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, técnicos de

enfermagem, psicólogos entre outros profissionais, os quais são habilitados para o tratamento de pessoas que foram vítimas de acidentes por queimaduras.

Segundo Gonçalves (2013) o paciente com trauma térmico carece de uma atenção global em decorrência de ser politraumatizado e correr risco eminente de uma parada cardíaca abrupta, infarto e edema pulmonar. Suscetível a isso, ele ocupa um lugar entre a vida e a morte, a qual sua restauração independe só da gravidade de sua queimadura, mas também de sua evolução clínica em geral.

Diversos são os fatores que hospitalizaram esses indivíduos sendo as que estão entre as causas principais: queimaduras por descarga elétrica e acidentes domésticos. Os maiores índices de pessoas acometidas na primeira situação são do sexo masculino a qual se difere das ocorrências vistas na segunda situação que são de mulheres e crianças.

Um dos fatores que não está entre as principais causas de pessoas vítimas de queimaduras, entretanto, é uma condição muito observada, são mulheres vítimas de violência doméstica, onde na sua grande maioria são realizadas pelo seu companheiro ou familiar.

Quanto a internação, Garrido (2005) aponta que o paciente se percebe em um lugar “frio, impessoal e ameaçador”, não sendo ela feita por uma escolha, mas por uma instância urgente a qual muda totalmente o seu padrão de vida, por vezes, a longo prazo.

É concebível compararmos o estado de alguns pacientes com o que Freud (1914) descreve sobre melancolia em seu texto “Luto e Melancolia”, como uma inabitual baixa autoestima, desvalorização do Eu, analisando-o com desprezo, incapacitado e insignificante.

Como observado pelos estagiários proponentes deste estudo em um processo de hospitalização não só o ambiente muda, mas a rotina dentro do hospital passa a ser de grande perturbação para o paciente. Procedimentos cirúrgicos constantes, trocas de curativos, processos fisioterápicos dolorosos, dores intensas no corpo, medo do óbito, despertar para receber punções, esses e outros fatores agravam ainda mais o seu estado psicológico. Alguns pacientes podem passar de

médio a longo prazo de internação, chegando a passarem semanas, meses e até anos em tratamento.

Segundo Anzieu (1989), existe no paciente com trauma térmico, uma dor psíquica, devido à abertura repentina e violenta nos limites da pele e em decorrência das possíveis deformidades, perdas e/ou sequelas vivenciadas, além disso, o processo de adoecimento e hospitalização destes pacientes têm a dor física como presença constante, estando relacionada às atividades rotineiras e específicas do tratamento, tais como processo de limpeza da ferida, desbridamentos, enxertos, troca de curativos entre outros procedimentos em sua maioria invasivos (GUIMARAES, SILVA E ARRAIS, 2012).

Neste contexto destacamos que o psicólogo hospitalar, é o membro da equipe interdisciplinar que pode dar escuta e realizar o acompanhamento psicológico do paciente na travessia do processo de adoecimento e hospitalização. Destaca-se que o foco da psicologia hospitalar são os sentimentos, desejos, a fala, os pensamentos, os comportamentos, as fantasias, as lembranças, as crenças, os sonhos, os conflitos, o estilo de vida e o estilo de adoecer do paciente, ou seja, as manifestações da subjetividade humana diante da doença (SIMONETTI, 2011).

OBJETIVO

Este trabalho teve como objetivo apresentar reflexões das observações realizadas por discentes do curso de psicologia, no âmbito do projeto vivências, da assistência psicológica prestada a pacientes hospitalizados em um centro de tratamento de queimados do Estado do Pará.

METODOLOGIA

Utilizamos o método qualitativo aplicado ao contexto da Saúde, que de acordo com Turato (2005), visa conhecer as significações dos fenômenos do processo saúde-doença, compreender profundamente sentimentos, ideias, comportamentos dos pacientes, de seus familiares e da equipe de saúde. Neste sentido o pesquisador é o próprio instrumento de pesquisa, usando diretamente seus sentidos e percepção para apreender os objetos em estudo. Consoante a este

entendimento, elegemos apresentar um relato de experiência de Estágio no “Projeto Vivências” em Psicologia hospitalar, desenvolvido no mês de janeiro de 2018 no Curso de Psicologia da Universidade da Amazônia –UNAMA.

O estágio foi desenvolvido em hospital público do Estado do Pará, referência no atendimento a pacientes que sofreram trauma térmico. Como instrumentos recorremos ao diário de campo, formulário no qual realizávamos os registros diários as observações e atividades desenvolvidas, sob supervisão do psicólogo do setor.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Sofrimento psíquico de paciente que sofreram traumas térmicos

Nesta clínica escutamos o eco das dores intensas em decorrência dos procedimentos hospitalares, do sofrimento do paciente ao deparar-se com o corpo queimado, deformado, com sequelas, às vezes com perdas de membros ou da função de membros ou sistemas, e do medo da não aceitação de cônjuges, familiares e pares das atividades laborais, medo do preconceito e alguns casos a ideação suicida pôde ser detectada.

Os pacientes hospitalizados experienciam intensos impactos psicológicos causados pela queimadura e internação. As dores são descritas como insuportáveis e que causam grande temor e angústia, consequência de preocupações acerca de seu futuro. O medo da incapacidade decorrente da amputação de membros, o receio em relação a sua aparência, a aflição quanto a condição econômica da família e aceitação da imagem corporal.

Sebastiani (2003, pág. 16) afirma que quando este paciente passa pelo processo de despersonalização, terá uma necessidade de uma reformulação até mesmo dos seus valores e conceitos de homem, mundo e relação interpessoal, “*deixa de ter significado próprio para significar a partir de diagnósticos realizados sobre sua patologia”.* O pensamento de suicídio é intensificado quando isso acontece devido a sua concepção de inutilidade e de incapacidade.

Para Lucchesi, Macedo e Marco (2008) apontam que alguns pacientes permanecem sob sedação, porém os internos que estão conscientes e muitas vezes são expostos a situações extremamente difíceis do ponto de vista psíquico, podem

evoluir para uma perturbação emocional, com prevalência de quadros de apatia, aumento da angústia, sofrimento psíquico, medo intensificado da morte, e assim sendo, necessitar de avaliação e tratamento psicológico.

Ainda que o ambiente conte com todo aparato tecnológico, com recursos materiais e humanos ao atendimento especial, não há como dimensionar o quão difícil, degradante, inseguro e instável é atravessar a experiência da doença, seus sintomas, limitações físicas, dor e todas as mudanças decorrentes, sobretudo pelo indivíduo encontrar-se inerte em um lugar impessoal, gélido, desconfortante, gerando no imaginário tanto do paciente quanto dos familiares o medo do real, o defrontar-se de imediato com foco na brevidade da vida, intensificando assim, a fragilidade de seu estado emocional.

Possibilidades de intervenção do psicólogo hospitalar com pacientes que sofreram queimaduras

Observamos que o acompanhamento psicológico em unidade de assistência a pacientes que sofreram queimaduras, exige acompanhamento intenso e diário, pois estes pacientes estão em estado grave, em geral estão conscientes e orientados no tempo e no espaço.

Na rotina de assistência psicológica podemos destacar os seguintes procedimentos interventivos:

a) a visita psicológica, a qual se caracteriza pela visita a todos os leitos, procedimento que visa a realização de uma breve avaliação do estado psicológico geral dos pacientes e a detecção da necessidade de acompanhamento psicológico;

b) A avaliação psicológica, que possui como característica a avaliação do exame das funções psíquicas, o grau de conhecimento sobre a patologia, tratamento e prognóstico, sequelas em decorrência de processos de adoecimento e hospitalização anteriores, as circunstâncias em que ocorreram a queimadura, a presença de estados psicopatológicos preexistentes a hospitalização, uso de substancias psicoativas, estado psicológico geral entre outros;

c) Assistência psicológica: acompanhamento após análise e detecção da demanda, no qual o paciente recebe atendimento psicológico sistemático, e é seguido um plano de intervenção elaborado para qualificar a assistência do paciente.

d) Participação em Reuniões de Estudo de Caso: O psicólogo participa de reuniões em equipe multiprofissional visando o estudo de casos graves;

e) Comunicação sistemática com a equipe: o profissional psicólogo cotidianamente contata e discute o estado psicológico geral do paciente com a equipe de saúde, discutindo manejo e intervenções a serem realizadas com paciente e seus familiares;

f) Assistência ao familiar: a família do paciente recebe acompanhamento psicológico, visando trabalhar o estado emocional frente ao adoecimento de um membro da família, e onde é trabalhado o empodeiramento no processo de acompanhamento do tratamento do paciente.

g) Registro em prontuário multidisciplinar: o psicólogo registra em prontuário toda e qualquer intervenção realizada com o paciente e familiares, com resguardo ao sigilo ético, tendo o cuidado de fornecer precisamente as informações úteis a assistência prestada pela equipe.

A importância da experiência de estágio em “projeto vivencias” para a formação de discentes no curso de psicologia.

Durante esta experiência no campo ao caminhar dentro do Centro de Tratamento de Queimado, testemunhamos o brado lancinante dos queimados ao serem submetidos a alguns procedimentos médicos, tais como: a troca de curativos, desbridamento, alongamento de alguns membros que por consequência da queimadura se enrijeceram, a hora do banho, ou meramente ergue-se na maca.

Neste período nos foi proporcionado a participação de estudo e discussões de casos, momentos que pudemos testemunhar a ocorrência de sequelas, como: o luto, a perda, mudança da autoimagem, impactos na sua sexualidade e o óbito.

Os ganhos para os discentes ao vivenciar a atuação de profissionais experientes em campo, vale destacar que a referida experiência propiciou maior entrelaçamento entre teoria e prática, além de reflexões acerca da importância da escuta humanizada na assistência psicológica, da postura profissional ética, do

desenvolvimento de habilidades interpessoais para o trabalho em equipe, da necessidade de cuidar da subjetividade do psicólogo, para o qual é indicada a realização de seu próprio processo psicoterápico, estando atento ao tripé de sua formação que inclui teoria, supervisão e análise e/ou psicoterapia do próprio profissional, adicionando ainda um quarto elemento que é a necessidade de produção cientifica na área de estudo, haja vista, que para subsidiar tal experiência foi necessário o estudo teórico, no qual identificamos a escassez de publicações com este público especifico.

É importante para o estudante de psicologia conhecer o ambiente hospitalar, pois muitas vezes existe o desejo de se trabalhar na área da psicologia hospitalar, mas ao entrar em contato com as experiências vividas do dia a dia da práxis do profissional dentro do hospital o discente se dá conta que tem coisas que o atravessam e ele percebe que não é naquela área que deseja atuar enquanto profissional.

A função da Vivência é proporcionar experiência aos discentes desenvolvendo atividades ao longo do processo produzindo aprendizagens sobre a Psicologia.

CONCLUSÃO

A experiência de observação da prática de um profissional psicólogo mais experiente no âmbito do projeto vivências possibilitou aos discentes/estagiários o contato com usuários de um hospital público, que sofreram trauma térmico, e que apresentavam diversos tipos de sofrimentos: a dor física, a dor psicológica, o luto da perda, a angústia do possível óbito, a separação dos parentes e dos amigos e etc.

Favoreceu ainda a observação das práxis do psicólogo e a importância deste profissional compor a equipe de saúde que presta assistência a estes pacientes, facilitando o processo de elaboração das suas angustias a respeito das suas queimaduras, de como irá reconhecer-se em seu novo corpo e fortalecer nesse paciente a sua organização interna e cognitiva. E por fim concluímos que as reflexões em torno da experiência em campo dos discentes foi favorecedora do

processo de desenvolvimento formativo na profissão escolhida dos discentes e docentes proponentes deste trabalho.

REFERÊNCIAS

ANZIEU D. O eu-pele. São Paulo: Casa do Psicólogo;1989.

GUIMARÃES, M. A.; SILVA, F. B; ARRAIS, A. A atuação do psicólogo junto a pacientes na Unidade de Tratamento de Queimados. Revista Brasileira de Queimaduras, Goiânia, v. 11, n. 128, p. 134-22, 2012.

SIMONETTI, A. Manual de Psicologia Hospitalar: o mapa da doença. 6ª edição. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011.

LUCCHESI, F.; MACEDO, P. C. M.; MARCO, M. A. Saúde mental na Unidade de Terapia Intensiva. Rev. SPBH V.11 Rio de Janeiro jun. 2008

TRUCHARTE, F. A. R.; KNIJNIK, R. B.; SEBASTIANI, R. W. Teoria e prática. In: CAMON, V. A. A. (Org.). 1. ed. de 1994. São Paulo: Pioneira Thomson Learning

TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. Rev. Saúde Pública, São Paulo, V. 39, n. 3, p. 507-514, June 2005.

III CONGRESSO DE PSICOLOGIA: as diversas faces do cuidar.
De 26 a 28 de abril de 2018. Belém – PA/
HANGAR – Centro de Convenções da Amazônia
Volume 03 – ISSN: 2526-527X
CADERNO DE TRABALHOS COMPLETOS
http://revistas.unama.br/index.php/anaispsicologia/index

RELATO DE EXPERIÊNCIA NA ATIVIDADE DE MONITORIA DA DISCIPLINA TEORIAS E TÉCNICAS DA ABORDAGEM CENTRADA NA PESSOA: VIVÊNCIA DA TEORIA À PRÁTICA.

LIMA, Luciana
lucianapgarcialima@gmail.com
SOUZA, Bianca

INTRODUÇÃO

Na Universidade da Amazônia (UNAMA), os programas de monitoria concentravam a oferta de suas vagas para disciplinas de ciclo básico, como por exemplo: Anatomia Humana, em virtude de conter à maior carga horária, o maior número de alunos e estar presente na maioria dos cursos da área de saúde.

No segundo semestre de 2017, a universidade decidiu expandir os programas de monitoria, privilegiando também as disciplinas específicas de cada curso da instituição, dessa maneira, foi possibilitada a implementação da monitoria na disciplina Teorias e Técnicas da Abordagem Centrada na Pessoa no curso de Psicologia.

Ao falar-se em monitoria, por diversas vezes perguntamo-nos qual é o seu real significado. Dessa maneira, parafraseando CESUPA (2007, p. 2), “a monitoria, é a modalidade de ensino-aprendizagem, dentro das necessidades de formação acadêmicas, destinados aos alunos que encontram-se regularmente matriculado na sua respectiva Universidade”.

O seu objetivo primordial é despertar nos alunos monitores o interesse pela docência, mediante, o desempenho de atividades ligadas ao ensino, possibilitando a experiência da vida acadêmica, por meio da participação em diversas funções da organização e desenvolvimento das disciplinas do curso, além de possibilitar a apropriação de competências em atividades didáticas.

À vista disso, a importância da monitoria nas disciplinas de graduação excede-se ao caráter meramente de obtenção de títulos, contribui-se então para os seguintes aspectos; ganho pessoal intelectual ao monitor, aos aportes teóricos

dados aos alunos monitorados e, principalmente, na relação interpessoal de troca de conhecimento entre os professores da disciplina e o monitor (MATOSO, 2013).

Os monitores são submetidos a um processo seletivo, que se divide em duas etapas: prova escrita e entrevista, sobre todos os assuntos do programa da disciplina à qual o (a) discente está se candidatando. Realizado essas duas etapas, são selecionados pela banca examinadora, constituída por três professores (as) do curso, ministrantes da disciplina afim, sendo um deles, designado pelo Coordenador do curso para verificar se o candidato foi aprovado na disciplina objeto da monitoria e nas demais disciplinas que cursou, se não estar inadimplente em seu contrato financeiro com a instituição, não ter sofrido nenhuma punição disciplinar, além da avaliação do histórico escolar do candidato, maturidade intelectual, disponibilidade de horários e sua conduta perante aos colegas e ao corpo docente (UNAMA, 2016, p. 3).

A maioria das universidades fornece dois tipos de monitoria, sendo eles: bolsista e voluntário, na Universidade da Amazônia – UNAMA, os primeiros três meses os monitores são considerados voluntários, e este período é obrigatório e seu cumprimento é a condição mínima para o ingresso do monitor na condição de monitor bolsista. Somente após aprovação da Direção e do Coordenador de Curso, poderá o monitor (a) ser beneficiado com bolsa de desconto, que conforme previsto na Resolução 145 de 17 de agosto de 2008, o aluno monitor será concebido com uma bolsa no valor de 20%, incidente à mensalidade (UNAMA, 2016, p. 2; 6)

O candidato aprovado no processo seletivo, seja ele monitor bolsista ou voluntário, deverá ter certas competências, entre elas pode-se destacar: cumprir pontualmente os horários de monitoria estabelecido no início do período; deverá atender os alunos das disciplinas que presta atendimento, na forma de: aulas de reforço, auxiliar resolução de lista de exercícios, estudos em grupo na sala de aula; executar atividades pedagógicas condizentes com seu grau de conhecimento e experiência, sob a orientação do professor; constituir elo entre professores e alunos, visando ao desenvolvimento da aprendizagem; auxiliar o professor na realização de trabalhos teóricos, práticos e experimentais, na preparação de material didático e em atividades de classe; auxiliar o professor na orientação de alunos, esclarecendo e

tirando dúvidas em atividades de classe; participar de atividades que propiciem o seu aprofundamento na disciplina, como revisão de texto, resenhas bibliográficas e outras; apresentar trabalhos em encontros, congressos, etc (CESUPA, 2007).

O exercício da monitoria é uma oportunidade diferenciada para que o aluno monitor possa desenvolver suas primeiras habilidades inerentes à docência, tornando-se relevante para a descoberta ou comprovação de sua vocação, ou não, pela docência, mediante fato de que estar em contato direto com os alunos, na condição também de aluno, propicia a experiência de poder compartilhar situações que vão desde a alegria de contribuir, pedagogicamente, com o aprendizado, até a momentânea desilusão em situações na qual a conduta de alguns alunos mostra-se inconveniente e desestimuladora (MATOSO, 2013).

A disciplina Teorias e Técnicas da Abordagem Centrada na Pessoa é um componente curricular específico do curso de Psicologia da Universidade da Amazônia (UNAMA), possui caráter teórico, com carga horária de 80 horas. A grade curricular do curso é de cinco anos, divididos em dez semestres, sendo esta disciplina ofertada nos terceiros e sétimos semestres.

A referida disciplina é baseada em cima da Abordagem Centrada na Pessoa desenvolvida na década de 40 nos Estados Unidos da América por Carl Ransom Rogers (1902-1987), o mais influente psicoterapeuta da história americana. Inserida na corrente da Psicologia Humanista, a Abordagem Centrada na Pessoa surge como reação aos paradigmas psicanalítico e comportamentalista propondo uma diferente perspectiva do homem e, consequentemente, uma forma diversa de encarar a pessoa que pede ajuda e a relação terapeuta/cliente, em uma abordagem não diretiva da relação terapêutica.

Como a referida disciplina é ofertada duas vezes na mesma grade curricular objetivava-se revisar e refletir o postulado básico da abordagem rogeriana, dessa forma, revisitamos os pressupostos fundamentais; tendência atualizante, tendência formativa, autorregulação, experiência, experienciação e as atitudes facilitadoras. Bem como, dialogando acerca das práticas psicológicas da abordagem oferecendo um enfoque contemporâneo da prática clínica na ludoterapia, no plantão psicológico,

em grupos de encontros e grupos terapêuticos, no contexto jurídico, hospitalar, organizacional.

Assim, o presente trabalho pretende relatar o exercício da monitoria acadêmica na disciplina Teorias e Técnicas da Abordagem Centrada na Pessoa, apresentando o planejamento geral que norteou as atividades desempenhadas do decorrer deste programa acadêmico.

OBJETIVO

Descrever, através de relato de experiência, a minha vivência como monitora voluntária da disciplina Teorias e Técnicas da Abordagem Centrada na Pessoa, com alunos do sétimo semestre vespertino do curso de Psicologia da Universidade da Amazônia - UNAMA, durante o semestre letivo de 2017.2 nos meses de agosto a novembro.

METODOLOGIA

O presente trabalho é de caráter descritivo, do tipo relato de experiência, realizado a partir da vivencia discente durante a monitoria na disciplina Teorias e Técnicas da Abordagem Centrada na Pessoa, ministrada pela Professora Mscº Bianca Nascimento de Souza, no curso de graduação em Psicologia.

O programa de monitoria tem carga horária de 10 horas semanais, escolhidas pelo monitor a ser dividida em auxiliar o professor nas atividades práticas da disciplina, auxiliar os alunos monitorados em pesquisas, experiências, estudos em grupos e outras atividades atribuídas pelos docentes supervisores, auxiliar os colegas nas dificuldades de aprendizagem, realizar seminários científicos, estudos de casos, correção de provas e trabalhos quando solicitados pela coordenação do curso ou professor orientador (UNAMA, 2016, p. 4).

Seguindo as habilidades e competências acerca da monitoria já citadas neste trabalho, em minha experiência, acompanhei as atividades realizadas em sala de aula duas vezes por semana, sendo nas terças e quinta, com duração de aproximadamente uma hora e meia; preparei-lhes com o auxilio da professora materiais didáticos utilizados como instrumentos metodológicos de ensino usados

nos momentos de revisão para as provas e trabalhos, tanto na primeira como na segunda avaliação; oriente-los quanto à realização de pesquisas nos diversos temas relacionados à disciplinas; e pude auxiliá-los na correção das atividades propostas.

Com o suporte, incentivo e auxílio da professora pude participar da elaboração e do ministrar das aulas em dois momentos. Essa experiência significou para mim um grande desafio pessoal e acadêmico, uma vez que precisei procurar e revisar/estudar artigos e materiais específicos acerca da temática ludoterapia proposta pela Abordagem Centrada na Pessoa e as contribuições da Psicologia Humanista no processo de hospitalização para construir meus instrumentos metodológicos, contudo, o maior desafio foi vencer a timidez e adequar o tom de voz para que todos pudessem ouvir-me claramente.

Ao final de cada aula ministrada sob supervisão da professora, adotamos e adaptamos o método de versão de sentindo, dessa forma, segundo Amatuzzi (1995, p. 68) compreende-se por versão de sentindo:

> “No fim de cada sessão de um atendimento terapêutico, imediatamente após seu término, escrevemos alguma coisa. Isso que escrevemos não pretende ser um relato do que aconteceu em sua materialidade, mas uma tentativa de dizer a experiência imediata do terapeuta enquanto pessoa naquele momento”.

Como citado adaptamos o contexto do instrumento da versão de sentindo, tendo em vista que não estávamos em um cenário de psicoterapia, contudo, mantivemos a ideia de registrar as impressões sobre mim mesmo, sobre minha relação com a turma, e minhas experiências imediatas a respeito daquela situação.

O fato de poder entrar em contato com essa experiência proporcionou-me crescimento e amadurecimento, pois a partir da troca de informações com a professora tive outras percepções de como havia sido minha desenvoltura com a turma, dessa forma, pude melhorar certos pontos como timidez, postura e tom de voz e permanecer em outros como confiança, habilidade, sabedoria, domínio.

Foi ofertada ainda a oportunidade de minha participação no planejamento e desenvolvimento do trabalho avaliativo para a segunda avaliação, dessa maneira, tive a possibilidade de sugerir um estudo de caso, o qual objetivava proporcionar aos alunos uma experiência que envolve-se o manejo teórico com a prática da Abordagem Centrada na Pessoa.

As supervisões dos trabalhos eram dadas após o término das aulas, contudo, para facilitar a elucidação de dúvidas, foi disponibilizado aos alunos o contato das redes sociais – whatsapp, facebook, e e-mail –, para que as mesmas fossem rapidamente sanadas. Deste modo, foi possível, que os alunos monitorados, pudessem ter acesso, mais rápido à monitora, bem como, a professora para que as dúvidas não ficassem sem soluções, estreitando, dessa forma, a troca de informações, facilitando a elucidação de dúvidas e promovendo uma melhor comunicação entre monitor-aluno-professor.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

A prática da monitoria no âmbito educativo data de longo tempo e caracteriza-se como um processo pelo qual alunos-monitores auxiliam alunos na situação de ensino-aprendizagem (MATOSO, 2013).

Nos últimos anos, com o crescente pensamento pedagógico de orientação crítico-progressista, procedimentos de monitoria vêm ganhando cada vez mais espaço no contexto da realidade educacional das Universidades. Este procedimento pedagógico, tem demonstrado grande utilidade, à medida que atende às dimensões política, técnica e humana da prática pedagógica (MATOSO, 2013).

A atividade de monitoria diz respeito também a uma ação extraclasse que busca resgatar as dificuldades ocorridas em sala de aula e propor medidas capazes de amenizá-las. Ela contribui com o desenvolvimento da competência pedagógica e auxilia os acadêmicos na apreensão, produção e aplicação do conhecimento; é uma atividade formativa de ensino regulamentada pela Lei Federal de Nº 5.540, de 28 de novembro de 19685 (MATOSO, 2013).

A referida Lei fixa as normas de funcionamento do ensino superior e institui, em seu artigo 41, a monitoria acadêmica. Afirma que:

> As universidades deverão criar as funções de monitor para alunos do curso de graduação que se submeterem a provas específicas, nas quais demonstrem capacidade de desempenho em atividades técnico-didáticas de determinada disciplina [...]. As funções de monitor deverão ser remuneradas e consideradas título para posterior ingresso em carreira de magistério superior.

Sendo assim, o exercício da monitoria na disciplina Teorias de Técnicas da Abordagem Centrada na Pessoa, auxiliou-me na obtenção de um maior conhecimento teórico-prático do contexto de atuação, bem como na vivência de novas experiências, ao acompanhar as aulas teóricas ministradas pela professora.

Além do amplo conhecimento adquirido por mim no programa de monitoria, tenho certeza que futuramente poderei desfrutar ainda mais desta oportunidade, uma vez que a monitoria possui um grande peso curricular, o que poderá ser critério de desempate em algum concurso público, mestrado, doutorado, residência ou vaga de emprego.

Outra vantagem da monitoria é a possibilidade de utilizar as horas de trabalho na função para comprovação de horas complementares, já que as universidades exigem de seus estudantes a prática de atividades extracurriculares para a obtenção do diploma de graduação.

O aprimoramento de conhecimentos relacionados aos conteúdos programáticos abordados e o desenvolvimento de atividades junto à professora e os acadêmicos do curso de Psicologia favoreceram-me uma maior segurança, principalmente, na capacidade de falar e expressar-se com desenvoltura, eloquência e postura. Com toda essa experiência pude observar que em certos momentos é necessário manter a voz mais firme para que se possa ser construído o respeito, confiança e amizade, o qual ajudará manter mais atraente e facilitador todo o processo de ensino e aprendizagem.

Além de me instigarem quanto ao interesse pela prática docente como futura atividade profissional, uma vez que me proporcionaram o desenvolvimento de atividades vinculadas ao ensino e à pesquisa, como o desenvolvimento deste trabalho.

Durante minha vivência na monitoria, foi possível conquistar uma boa relação interpessoal com os alunos, mesmo estes sendo de idades, comportamentos e posturas diferentes, mesmo alguns já se encontrando no mercado de trabalho ou trazendo o conhecimento de outras graduações. Em detrimento deste bom relacionamento, sentiam-se mais à vontade para me solicitarem auxílio nas atividades e no esclarecimento de dúvidas, o que possibilitou o bom e harmonioso desenvolvimento das atividades no transcorrer do semestre 2017.2, evidenciando o valor da influência da monitoria na inter-relação com os discentes.

É válido salientar, que durante a prática de monitoria, senti a necessidade de manter-me sempre em constante atualização e aprofundamento dos conhecimentos científicos propostos pela Abordagem Centrada na Pessoa, em razão de que a turma me demandava muito conhecimento, em detrimento de suas dúvidas e indagações, entretanto, dessa maneira, houve um maior aproveitamento da experiência que estava sendo vivenciada, evidenciando a necessidade de aperfeiçoamento contínuo no desempenho das funções da monitoria.

A prática da monitoria representou um grande desafio, porque, além de ser uma experiência nova, exigiu uma postura mais séria para saber lidar, muitas vezes, com alunos que estavam angustiados e ansiosos, decorrentes da necessidade de aprenderem, dessa forma, sendo a monitoria um meio para amenizar as dificuldades encontradas em sala, foi possível trabalhar mais especificamente essas dificuldades usando técnicas e estratégias diferenciadas na hora das supervisões, orientações, e revisões dos conteúdos.

A vivência na monitoria representou uma experiência marcante, pois proporcionou-me um amadurecimento pessoal e profissional como acadêmica de Psicologia, além de me favorecer uma visão real da vivência e das atividades de docência.

Para os discentes monitorados, acredita-se que mediante todo o auxilio disponibilizado possibilitou para o desenvolvimento da autorregulação da aprendizagem, contribuindo assim para a autonomia e responsabilidade dos alunos na condução do seu próprio projeto de aprendizagem.

Observou-se que o fato do monitor também ser um aluno despertou nos alunos-monitorados um sentimento de autoconfiança e estímulo, pois assim como o monitor teve a capacidade de desenvolver um conhecimento avançado, coagiu para a ideia que os alunos também eram capazes de atingir um bom nível de conhecimento, em detrimento disto, foi observado em alguns alunos o interesse e a busca pela monitoria nos seguintes processos seletivos da universidade. Dessa forma, podemos concluir que toda essa vivência despertou nos alunos o desejo de também vivenciarem essa experiência acadêmica.

Presume-se que o fato de o aluno monitor também ser um estudante e passar pela mesma dificuldade de seus alunos monitorados, abre-se a oportunidade para poder dialogar com a professora acerca de quais métodos e técnicas utilizar para melhor facilitar o processo de ensino aprendizagem, dessa forma, essa ponte de auxílio entre o professor e os alunos acarreta em um conhecimento e enriquecimento único de ambos no sentido acadêmico.

Ressalta-se que o bom resultado obtido nessa experiência foi fruto de um proveitoso relacionamento interpessoal estabelecido entre monitor, alunos monitorados e docente, culminando em um maior aprendizado para todos.

CONCLUSÃO

O presente trabalho apresentou um breve relato de experiência vivenciado em um programa recém implantado na disciplina Teorias e Técnicas da Abordagem Centrada na Pessoa no curso de Psicologia da Universidade da Amazônia – UNAMA.

A realização desta pesquisa permitiu perceber que a monitoria foi de suma importância aos discentes que dela usufruíram, possibilitando aos mesmos um suporte extraclasse onde puderam sanar suas duvidas ao mesmo tempo em que podiam construir seu conhecimento junto à monitora que mesmo estando mais

adiantados no curso, encontrava-se na mesma condição de estudante. Tal situação proporcionou trocas de conhecimento e enriquecimento intelectual para ambas as partes. Além desse aspecto, a monitoria contribui para deixar-me mais inteirada do cotidiano da carreira docente, me incentivando ao ensino e fornecendo significados que perpassa o valor de títulos, mostrando o verdadeiro significado da docência.

Sinto que alcancei os objetivos propostos pelo programa de monitoria, onde a experiência formativa não se limita, mas, torna-se significativa e reflexiva, sempre levando a auto avaliação para melhorias no processo de ensino e aprendizagem.

Portanto, faz-se necessário o continuo exercício desta prática no meio acadêmico, uma vez que são evidenciados seus benefícios, e entendendo que estes vão de uma mera ajuda ao trabalho do professor, pois se constitui em um instrumento que pode, quando bem trabalhado, facilitar os processos de ensino aprendizagem.

PALAVRAS-CHAVE: Monitoria; Psicologia; Abordagem Centrada na Pessoa.

REFERÊNCIAS:

AMATUZZI, M. Descrevendo processos pessoais: estudos de psicologia. 1995, p. 12,1,65-79.

CESUPA- Centro Universitário do Pará. Guia do professor orientador: monitoria. Pará, 2007.

MATOSO, Leonardo. A importância da monitoria na formação acadêmica do monitor: um relato de experiencia. Universidade de Potiguar- UNP, campos Mossoró, 2013.

UNAMA – Universidade da Amazônia. Regulamento do programa de monitoria. Belém, 2016.

III CONGRESSO DE PSICOLOGIA: as diversas faces do cuidar.
De 26 a 28 de abril de 2018. Belém – PA/
HANGAR – Centro de Convenções da Amazônia
Volume 03 – ISSN: 2526-527X
CADERNO DE TRABALHOS COMPLETOS
http://revistas.unama.br/index.php/anaispsicologia/index

A INVESTIGAÇÃO DO PROCESSO DE ELABORAÇÃO DO LUTO PELO PSICOLOGO NA ÁREA HOSPITALAR: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Souza, Ana
Galvão, Renan
Nascimento, Gabriela

INTRODUÇÃO

O luto pode ser definido segundo os autores Silva (2013), Gomes e Gonçalves (2014), Freud (1915), Kovács (1992) e Kubler-ross (1996) como o sentimento/sensação de pesar relacionado com a perda de algo ou alguém. Para Silva (2013) e Gomes e Gonçalves (2014) o luto funciona como instrumento de manutenção da saúde mental, é natural, necessário, e que por mais que se caracterize como processo inerente a todos, diante daquilo que se foi perdido, pode se diferenciar em relação à forma em que é experenciado, variando de padrões comportamentais até ao tempo de duração.

Tal sentimento pode perdurar ao longo da vida do indivíduo, agravando-se para um quadro patológico, como também pode durar apenas por um certo período de tempo. Nesse período algumas fases são identificadas como: negação, raiva, barganha, depressão e aceitação (Kubler-Ross 1996). Por ser um fenômeno constantemente apresentado na área hospitalar, o estudo desse tema busca direcionar um olhar para o profissional da saúde e como esse processo pode afetar o mesmo, quais ferramentas esse profissional pode desenvolver durante sua prática para lidar com a perda do outro, levando em consideração as próprias questões emocionais desse profissional. Desse modo, a importância da compreensão de forma geral do luto, pelo profissional da saúde, ocorre a princípio quando a equipe começa a falar e debater sobre a problemática, quebrando o recorrente hábito que o indivíduo desenvolveu durante os anos, de não falar sobre a morte.

Apesar de carregar a responsabilidade de salvar vidas, os profissionais da saúde dentro de seu campo de atuação, estão inevitavelmente propensos a entrar em contato com a morte e o processo de luto. Ter conhecimento acerca deste processo contribui para o melhor manejo diante da situação de perda, que sempre

vem acompanhada de medo, frustração, fracasso, sofrimento, raiva e angustia. Sendo assim, o profissional da saúde deve busca o equilíbrio entre essas duas ações, onde deverá se implicar, com seus sentimentos, frustrações e expressões que poderão surgir ao longo de seus atendimentos como tristeza e dor, sempre respeitando os limites éticos da sua profissão.

OBJETIVO

Investigar o processo da elaboração do luto, por parte do psicólogo atuante na área hospitalar, a partir de publicações em periódicos Brasileiros datados de 2000 a 2017.

Ademais, tem-se como objetivos específicos: a) conhecer o processo de luto para a psicologia; b) investigar a existência do preparo do psicólogo hospitalar para lidar com o processo de luto; c) investigar a existência de possíveis redes de assistências ofertados ao psicólogo enlutado; d) fazer levantamento da quantidade de material publicado a respeito do tema: psicólogo que vivencia o luto; e) fazer levantamento da quantidade de material publicado a respeito do tema.

METODOLOGIA

A pesquisa bibliográfica é definida por Gerhardt e Silveira (2009) como uma pesquisa que se fundamenta em fontes bibliográficas, e tem como objetivo colher as diferentes contribuições cientificas disponíveis sobre o tema escolhido. Método esse que será utilizado para a elaboração do presente trabalho.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

A partir do levantamento de dados foram obtidos 183 artigos da base de dados LILACS, destes 33 foram selecionados e apenas 18 foram utilizados para a realização da discussão. Enquanto na base de dados SCIELO foram encontrados 115 artigos, 20 foram selecionados pelos resumos, porém utilizando apenas 12 na discussão.

BASE DE DADOS	NUMERO	UTILIZADOS

LILACS	183	18
SCIELO	115	12

Tabela 1. Demonstrativo da quantidade de publicações no geral de acordo com as bases de dados, e a quantidade de artigos utilizados para inclusão no trabalho.

Nota-se na tabela a seguir que houve a incidência maior de artigos publicados nos anos de 2013 e 2017, exclusivamente pela base de dados Scielo. E que as publicações de artigos com a temática do luto tornaram-se frequente em ambas as bases de dados a partir do ano de 2011. Porém, a base de dados que mais comportou artigos durante o período pesquisado de 2000 a agosto de 2017 foi a base de dados LILLACS.

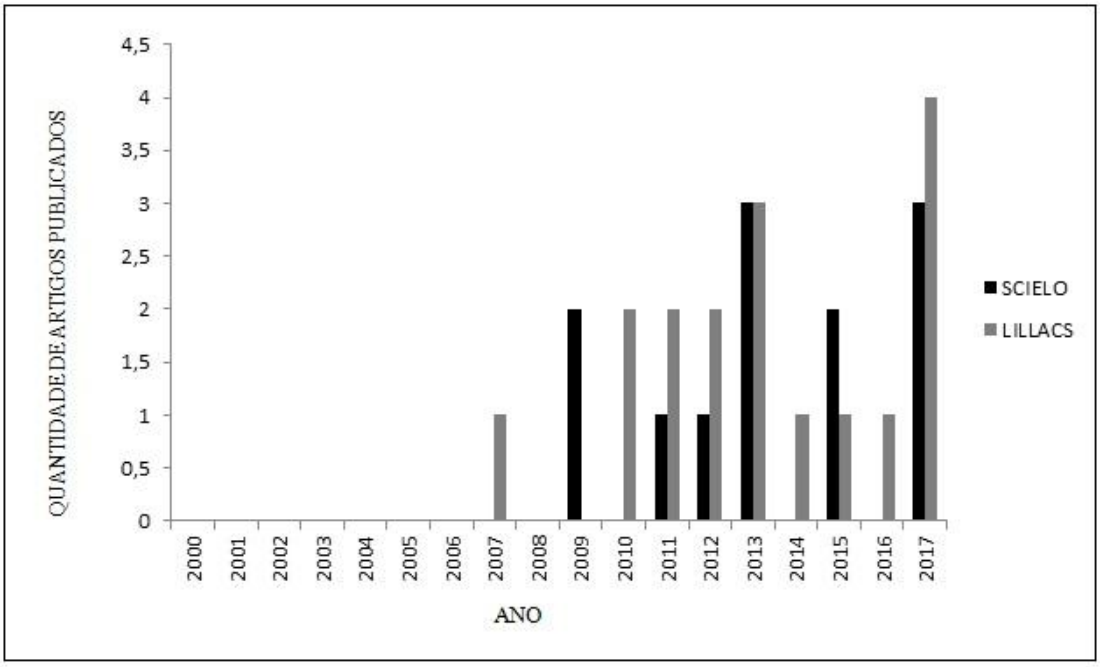


Figura 2: Distribuição dos artigos na amostra, número de artigos por ano de incidência.

Definição do que é psicologia hospitalar e psicologia da saúde

Dentre artigos selecionados para a realização da pesquisa em apenas três foram encontrados para a realização, de acordo com os autores dos referentes artigos, a conceituação do que seria psicologia hospitalar e da saúde. Segundo

Cerezetti (2012) psicologia em hospitais ou instituições de saúde visa o trabalho com a saúde, caracterizando a psicologia hospitalar e da saúde como um subcampo da psicologia, tendo como principal característica a presença do profissional psicólogo nas equipes de saúde em situações que ajudam o controle, a prevenção e a reabilitação de pessoas. O autor define psicologia hospitalar como uma vertente inclusa dentro da psicologia saúde, sendo a psicologia da saúde um ramo da psicologia que busca compreender os motivos pelos quais as pessoas adoecem e as formas por elas adotadas para lidar com a doença assim como as maneiras utilizadas para se manterem saudáveis.

Malagris, et al. (2010) afirma que psicologia da saúde busca a compreensão do papel das variáveis psicológicas sobre a manutenção da saúde, o desenvolvimento de doenças e seus comportamentos associados, ressaltando que o trabalho do psicólogo na área seria a de realização de intervenções que visam a prevenção de doenças, o auxílio no manejo ou enfrentamento das mesmas, e o desenvolvimento de pesquisas referentes a área em que atuam.

Em relação ao ambiente de atuação Sarafino (2014) diz que o psicólogo da saúde pode trabalhar em hospitais, clinicas e departamentos acadêmicos de faculdades e universidades. Sobre a psicologia hospitalar afirma que é uma área desenvolvida recentemente e que tem atraído muitos profissionais, se configurando como campo do entendimento e tratamento dos aspectos psicológicos em torno do adoecimento e internação.

Para a American Psychological Association (APA) (1978) a psicologia da saúde é um campo de contribuição, tanto cientifica quanto profissional, especificamente da psicologia, que tem em vista fatores como a promoção e manutenção de saúde, prevenção e tratamento de doenças.

De modo geral a concepção dos autores sobre a conceituação de psicologia da saúde entra em consenso. Definem a psicologia da saúde como campo da psicologia que visa o trabalho acerca do adoecimento e os possíveis impactos e significações que o processo do adoecer pode causar ao indivíduo, ressaltando como seus objetivos a manutenção, prevenção, promoção e tratamento de doenças.

O psicólogo dentro do ambiente hospitalar

O hospital como campo de atuação da psicologia se configura como um local de diferentes demandas, estendendo-se ao início e fim da vida. No contexto hospitalar o profissional da psicologia se encontra inserido dentro de uma equipe multidisciplinar, sendo seu trabalho indissociável da interação com profissionais de outras áreas e, ainda com o hospital enquanto instituição. O psicólogo especialista em psicologia hospitalar participa da prestação de serviços de nível secundário ou terciário da atenção à saúde, e realizam atividades como atendimento psicoterápico, atendimento em ambulatórios, unidade de terapia intensiva. (UTI), enfermarias no geral, avaliação diagnostica, psicodiagnóstico, consultoria e Inter consultoria (Conselho federal de psicologia, 2001). Além do atendimento fornecido pelo psicólogo a pacientes e familiares, Lemos e Cunha (2015) e Parkes (1998) ressaltam que o psicólogo hospitalar pode fornecer suporte psicológico aos integrantes da equipe multidisciplinar, trabalhando a sensibilização, parceria e a orientação nos momentos delicados. Tal tipo de atendimento, de acordo com Parkes (1998), justifica-se pela probabilidade de mobilização diante do processo de perda, que podem gerar sentimentos de fracasso e impotência, por parte dos profissionais que fazem parte da equipe.

O trabalho do psicólogo hospitalar tem ganhando cada vez mais importância no cenário de atividades do psicólogo na atualidade. Obedece às especificidades do ambiente hospitalar e adéqua a pratica original em consultórios a um novo modelo de atendimento, diferenciando-se pela menor duração do período de atendimento e pela fragilidade do corpo e do psíquismo consequentes do adoecimento e o risco eminente de morte (SILVA, 2015).

Gorayeb (2001) afirma que a atuação do psicólogo no ambiente hospitalar tem como funções o apoio, o esclarecimento e o de informar o enfermo sobre sua doença e prognóstico, favorecendo o relacionamento entre paciente e equipe em todos os âmbitos de suas demandas na instituição hospitalar.

Como uma das características do trabalho do psicólogo hospitalar é referente ao atendimento aos usuários e familiares vivenciando processo de terminalidade e morte, Kubler-Ross (1998) ressalta que a família também deve ser levada em

consideração, já que os impactos referentes ao adoecimento de um paciente também afetam seus familiares, e a forma de reação dos familiares diante a esse processo contribuem diretamente nas reações dos próprios pacientes.

Segundo Kovács e Junqueira (2008) apesar do trabalho do psicólogo lidar frequentemente com questões referentes à terminalidade e morte no contexto hospitalar, essa temática ainda não é tratada de forma aprofundada nos cursos de graduação, pós-graduação e extensão em psicologia. Sobre esse processo de terminalidade e morte dentro do hospital Kovács (1992) diz que o processo psicoterápico deve enfatizar a expressão de sentimentos, a melhora da qualidade de vida e a facilitação da comunicação.

O benefício trazido pela atuação do psicólogo hospitalar nas intervenções feitas em processos de terminalidade beneficia não apenas a pessoa enferma, beneficiam também os familiares, diminuindo a probabilidade de ocorrência de sintomas psicopatológicos futuros, como depressão e ansiedade consequentes da perda e do luto não elaborado (BOWBLY,1998; BROWN,2001).

De modo geral Mattarazzo (1980) conclui que o psicólogo desenvolverá um conjunto de práticas educacionais, profissionais e científica que objetivam promover e manter a saúde da população, além de prevenir e tratar doenças, e Junior (1997) destaca que o trabalho do psicólogo no hospital é muito mais abrangentes do que aquelas referidas ao atendimento individual e de caráter psicoterapêutico como se é visto nos modelos tradicionais clínicos e pertencentes a um formação individualista e vinculada ao modelo médico.

Profissionais da saúde no ambiente hospitalar

Para início dessa temática os autores selecionados foram Pessini e Barchifontane (2002), pois em seu artigo falam sobre a formação dos profissionais de saúde, quando ressaltam que a maioria ainda segue o modelo biomédico, que prioriza o curar em detrimento do cuidar. Juriqueira e Kovács (2008) nos trazem que a implementação do modelo de atendimento humanizado, depende da formação acadêmica recebida pelos profissionais de saúde, novamente trazendo o tecnicismo

quando sobreposto ao atendimento humanizado, isso leva o profissional a privilegiar uma postura distanciada e insensível em relação ao outro.

Desse modo, a prática desumanizada é abordada por Santos e Cardoso (2011) como perigosa, fazendo com que os autores chamem a atenção para a necessidade e importância da oferta de estratégias educativas efetivas, relacionadas há como o profissional pode lidar com a morte e o processo de morrer. Soares (2007) concorda com os autores ao afirmarem que em cursos de graduação na área de saúde, apesar de o cuidado a família do doente ser pouco abordado, os programas voltados para preparação dos estudantes para atuar junto a família de pessoas em processo de terminalidades obtém resultados positivos.

Podemos observar que uma das maiores barreiras encontradas no processo de formação e aprendizagem do profissional, é em relação às vertentes relacionadas a morte. Na atualidade é um item que já está sendo discutido, porém muitos ainda são os profissionais que preferem manter o distanciamento do assunto. Seja por questões pessoais ou mesmo por não ter sido introduzido o suficiente durante sua formação, causando estranheza e recusa a aquilo que é culturalmente evitado. Talvez por acreditar que ao manter distância da temática da morte, menor seja o impacto da mesma sobre si.

Sendo assim, Cardoso e Santos (2017) citam uma proposta no âmbito das políticas públicas, denominada de: Humaniza SUS (Brasil, 2006). Criado como uma possibilidade para que os trabalhadores da saúde tentem superar esse sentimento de impotência que recai sobre os mesmo em situações relacionados ao luto. Um dos seus objetivos é o de buscar desfragmentar os processos de trabalho que imperam no âmbito hospitalar, já que as consequências dessa fragmentação do processo de cuidado são as de isolamento do profissional, fazendo com que o mesmo se sobrecarregue, gerando cansaço e sofrimento emocional. O humaniza SUS busca criar no âmbito hospitalar espaços para produção comum de conhecimento, levando em consideração a especificidade de cada conhecimento para que seja assegurado a integralidade do cuidado.

Conclui-se que a atuação do profissional da saúde no âmbito hospitalar foi norteada por questões relacionadas à sua formação, o que em geral exige uma

prática humanizada, pois sem uma qualificação adequada para lidar com qualquer tipo de situação no âmbito hospitalar o profissional acaba por encontra-se perdido, o que refletirá em sua atuação na posterioridade. O luto é uma das situações no qual esse profissional pode se encontrar, por isso o trabalho em equipe deve ser bem articulado para que tais profissionais se sintam à vontade de compartilhar seus saberes, contando com a ajuda da psicologia para auxilia-los nesse processo.

Considerações sobre o luto

De acordo com Bowlby (1990) o luto é a reação natural diante de um processo de perda ou ruptura de um vínculo significativo, em que se havia um investimento afetivo entre o enlutado e o que se foi perdido, ressaltando que a dimensão do processo de luto a ser vivenciado pode variar de acordo com o grau de apego entre o indivíduo e o objeto perdido. Para Schiliemann et al. (2002) o luto é definido como processo de elaboração e perda real ou fantasiosa, que todas as pessoas passam em variados momentos da vida, podendo variar de intensidade no momento de crise. Segundo Parkes (1998) os traços mais característicos no processo de luto são episódios de dor aguda, com ansiedade e dor psíquica em que o enlutado sente muita saudade da pessoa que morreu, chora ou chama por ela. Esslinger (2008) afirma que toda a morte de um ente querido dá início ao processo de luto e que determinadas reações são esperadas, sendo a intensidade de como essas reações são vivenciadas um fator indicativo de que processo está seguindo seu curso natural ou de forma complicada.

Segundo Barbosa (2010), Franco (2010) e Raquel (2006) o luto considerado normal é o processo em que o indivíduo compreende e aceita a perda, conseguindo eventualmente se adaptar as condições de vida sem aquilo que se foi perdido. já para Franco(2001) luto complicado se caracteriza quando o indivíduo vivência uma desorganização prolongada que o incapacita de retomar suas atividades com a qualidade anterior a perda.

Wenden (2013) destaca que durante o processo de luto complicado o indivíduo pode passar pelas seguintes manifestações: expressão de sentimentos intensos que persistem mesmo muito tempo após a perda; somatizações frequentes;

mudanças radicais no estilo de vida que tendem ao isolamento; episódios depressivos, baixa autoestima e impulso autodestrutivo. Enquanto Cardoso (2013) ao falar sobre o processo de luto normal, destaca as emoções e sentimentos intensos, que podem se caracterizar como: choque, negação, ambivalência, revolta, barganha, depressão e aceitação.

Franco (2014) define luto antecipatório como processo vivenciado pelo indivíduo em que o mesmo experiencia a perda antes de ter efetivamente ocorrido, permitindo despedidas, resoluções de pendências, início da construção de novos significados, identidades e relações.

De acordo com Kubler Ross (1992) existem etapas no processo de perdas significativas, no qual descreveu como estágios, sendo eles caracterizados como: negação, raiva, barganha, depressão e aceitação. Muitos autores baseiam-se nessa autora para falar do processo de luto, pois suas fases são referência para qualquer conteúdo que tenha como objetivo discorrer sobre o luto. Suas fases são validadas havendo apenas a inclusão de mais informações pesquisadas por autores sobre os processos do luto.

Na fase da negação, o enlutado trata a perda como inexistente, Kubler-Ross (1992) afirma que a negação é a forma de entrar em contato com notícias que são inesperadas ou chocantes de forma gradativa. Pincus (1989) acrescenta a essa fase, como sendo o momento no qual o enlutado se encontra cercado pela família e amigos, e que os arranjos precisam ser feitos: velório, capela, sepultamento e pertencentes pessoais, entre outros. Lin e Lasker, (1996); Stedeford, (1986). Concluem que é o momento no qual o enlutado sente dificuldade em acreditar na veracidade do acontecimento e tem esperanças que tudo seja um engano, entrando em consenso com o que a autora descreve como características da fase da negação.

A próxima fase de Kubler-Ross (1992) é a raiva, na qual os autores Bowlby, (1973/1998) Stedeford, (1986). Identificam como dor e aflição de quando termina a fase de negação, e o indivíduo se depara com a árdua tarefa de entrar em contato com a realidade, na qual precisará afastar-se internamente da pessoa perdida. Nesse momento o enlutado sente-se perdido e abandonado e tenta construir barreiras contra a agonia da dor. Kubler-Ross (1992) afirma que a pessoa se sente

tomada pela raiva em seguida, especificando a fase seguinte. Outra fase é caracterizada como barganha segundo a autora. Nesse momento há uma tentativa de mudar o fato da perda através de “trocas’, principalmente com Deus. A depressão fase onde se vivencia a tristeza e o indivíduo se retrai e reflete sobre o acontecimento. Por fim, a aceitação, fase em que finalmente o indivíduo passa a aceitar a perda.

A relação dos indivíduos com o luto apresenta-se das mais variadas formas, por isso muitos estudos têm sido desenvolvidos a partir dela, principalmente quando se fala sobre luto normal e o luto patológico. Encontra-se uma grande dificuldade na definição de tais termos já que para Carvalho e Meyer (2007) as reações que o indivíduo tem frente a morte podem ser das mais variadas não sabendo-se ao certo o que pode ser considerado normal ou não. Porém Hogan e Schimdt (2001) afirmam que a dificuldade no entendimento do luto normal ocorre pela escassez de instrumentos de estudo relacionada ao luto.

Sendo assim, Oliveira e Lopes (2008) atentam sobre os sentimentos decorrentes da perda sofrida pelo indivíduo, na qual seus sentimentos não devem ser ignorados, e sim valorizados e acompanhados. Essa fase é importante, pois possibilita para o indivíduo uma percepção sobre a morte, e que é uma situação real, para que o próximo passo seja o enfrentamento do luto. É importante que o indivíduo se sinta amparado não só pela equipe de saúde de um hospital, mas como por todas as pessoas ao seu redor, Silva et al. (2006) fala sobre isso quando afirma que quando o indivíduo não possui espaço para se expressar, seu sentimento de solidão se amplia o que pode trazer ou exacerbar ainda mais seu sofrimento e angústia.

Psicologia e Luto

De acordo com Pessini e Barchifontane (2002) a formação de profissionais da saúde ainda se encontra muito centralizada na busca de curar em detrimento de cuidar, ocasionando como consequência a assimilação do processo de morte como evidencia de fracasso terapêutico, e não como parte de um processo natural da condição humana. Junqueira e Kovács (2008) acrescentam que a formação acadêmica recebida pelos profissionais da saúde prioriza o tecnicismo, privilegiando

uma postura distanciada e insensível em relação ao outro, tornando emergencial a oferta de estratégias educativas efetivas de como lidar com a morte e o processo de morrer, sem ignorar as consequências desse processo como potencialmente desestabilizador emocional aos profissionais da saúde (Santos e Bueno, 2011).

Pesquisas comprovam a escassez, ou até mesmo, a inexistência de estudos em relação a questões relacionadas a morte e do morrer, reforçando a impressão de que a temática ainda é compreendida como tabu pelos profissionais acadêmicos (Bernieri, & Hirdes, 2007; Junqueira, & Kovács, 2008; Marta, Marta, & Job, 2009; Santos, & Bueno, 2011; Santos, & Hormanez, 2013; Vieira, Ford, Santos, Junqueira, & Giami, 2013).

Kovács (2003) afirma que a perda de um paciente pode configurar como situação desencadeadora de ansiedade e intenso estresse emocional, gerando, o que Penello e Magalhães (2010) descrevem como zona de silenciamento, que acaba por gerar lacunas na comunicação entre a tríade paciente, família e profissionais. Muitas vezes o despreparo dos profissionais diante da morte e o processo de morrer, impossibilita o direito do paciente e das famílias de expressarem seus pensamentos sentimentos, preferência e pendências, dificultando o processo de elaboração do luto (Liberto 2005). Sendo assim O trabalho do psicólogo é de auxiliar o amadurecimento emocional, que possibilita a adaptação à nova realidade, sem a presença de um ente querido que se perdeu.

O luto pode ser vivenciado de várias formas, variando de normal, patológico e antecipatório. Em relação ao processo de luto antecipatório, o trabalho do psicólogo no caso de pacientes terminais tem como objetivo ajuda-los a alcançar o senso de aceitação da vida e, assim, de aceitação a morte (BREIBART,2011). Além disso, o estímulo a expressão de sentimentos e desejos, tem como intuito tornar possível a realização de metas dentro do tempo de vida restante (MENEZES 2011). Kovács (1992) também ressalta, que o processo psicoterápico em situação de morte e luto deve enfatizar a expressão dos sentimentos, a melhora da qualidade de vida e a facilitação da comunicação. Cabe aos profissionais de saúde inseridos nesse contexto a oferta de uma assistência adequada, humanizada e holística, assistência

esta que deve se pautar no reconhecimento e compreensão dos aspectos cognitivos e emocionais envolvidos na situação de perda (Santos et al., 2012).

O aconselhamento para o luto pode ser oferecido por pessoas especializadas, como psicólogos, psiquiatras, assistentes sociais podendo ser realizado de forma coletiva ou individual (Parkes, 1998), sendo papel da psicologia ajudar, não só pacientes, mas também os familiares, de se apropriarem do que estão vivenciando, de modo que, posteriormente consigam falar sobre o ocorrido, assimila-lo e aceita-lo.

Após a leitura dos artigos utilizados para a elaboração da pesquisa, podemos perceber que no relato de vários autores, as formações dos profissionais em graduação não preparam para a vivencia direta com morte e o processo de luto, ressaltando que existe muito despreparo dos profissionais para lidar com essa demanda, o que acaba por prejudicar não só manejo da situação com pacientes e familiares, como também o manejo dos próprios sentimentos diante da finitude e o sentimento de fracasso decorrente da perda de um paciente.

Outro ponto comum observado nas publicações é a importância do atendimento da tríade paciente, família e equipe, levando em consideração que o processo de morte e luto pode ter efeitos em todos os envolvidos. Destaca-se também a importância da disponibilização de atendimento adequado, liberdade de expressão de sentimentos e angustias, possibilitando a elaboração de um luto saudável contribuindo para a aceitação mais rápida, e de forma menos traumática a passagem pelo processo de perda.

CONCLUSÃO

Conclui-se que muitos são os artigos produzidos relacionados à temática da elaboração do luto, e que essa pesquisa só vem ganhando forca com o passar do tempo, mostrando que o luto também é um processo pelo qual o psicólogo precisa estar capacitado para vivenciar. Pontua-se que esse profissional atuante especificadamente na área hospitalar, estará suscetível a situação de perda a qualquer momento de sua atuação. Como psicólogo da saúde, atuante na área

hospitalar, o contato com o luto é muito frequente e faz parte do cotidiano dos profissionais.

Os artigos mostram que a partir do momento em que esse profissional consegue estabelecer uma relação saudável com a temática, melhor será a sua atuação no futuro, minimizando a possibilidade de uma reação que o desestabilize quando sua intervenção for necessária. Os autores, aqui lidos, estão atentos para isso, já que o tema é colocado como prioridade, quando falam de atendimento humanizado e capacitação dos profissionais da saúde, ressaltando que as formações dos profissionais em graduação não os prepara para a vivência direta com morte e o processo de luto. Vale lembrar que existe muito despreparo dos profissionais para lidar com essa demanda, o que acaba por prejudicar não só manejo da situação com pacientes e familiares, como também o manejo dos próprios sentimentos diante da finitude decorrente da perda de um paciente.

Por fim, visualiza-se a necessidade de produções sobre o luto e o psicólogo, com o objetivo de produzir novas pesquisas sobre o tema, dentro de uma exploração empírica. Vale pontuar que publicação de relato de experiências, partindo do próprio psicólogo que vivenciou o luto na instituição também são ferramentas úteis, para que acadêmicos, profissionais e até mesmo a sociedade entrem em contato com a perspectiva de alguém que já vivenciou o assunto estudado. A temática do luto, não deve ser debatida apenas quando relacionado ao ambiente hospitalar, pois ela pode ocorrer em qualquer ambiente no qual o psicólogo está inserido, sendo assim, encorajamos a expansão do assunto, para que esse tabu seja desmistificado, capacitando ainda mais o profissional da psicologia no auxílio de suas demandas.

Muito se discute acerca do cuidado com pacientes e familiares diante de uma perda, porém pouco se fala a respeito da significação e possíveis impactos da morte para os profissionais da saúde. Tidos como cuidadores, muitas vezes são esquecidos no processo e negligenciados em relação aos seus próprios sentimentos diante da finitude da vida. Desta forma a temática do luto não deve ser debatida apenas quando relacionado ao ambiente hospitalar, pois ela pode ocorrer em qualquer ambiente no qual o psicólogo está inserido.

REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *DSM-5*: manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014

CEREZETTI, C. Orientações psicológicas e capacidade reativa de pessoas ostomizadas e seus familiares. São Paulo, 2012. Disponível em: www.lilacs.bvsalud.org

KUBLER-ROSS, E. Sobre a morte e morrer. São Paulo: Editora Martins Fontes,1996.

SILVA, C. A morte e elaboração do luto na visão de alguns autores. 2013. Disponível em: < https://psicologado.com/atuacao/tanatologia/a-morte-e-a-elaboracao-do-luto-na-visao-de-alguns-autores

III CONGRESSO DE PSICOLOGIA: as diversas faces do cuidar.
De 26 a 28 de abril de 2018. Belém – PA/
HANGAR – Centro de Convenções da Amazônia
Volume 03 – ISSN: 2526-527X
CADERNO DE TRABALHOS COMPLETOS
http://revistas.unama.br/index.php/anaispsicologia/index

A BRINQUEDOTECA HOSPITALAR: UM DISPOSITIVO DE SAÚDE

PEIXOTO, Thainá Carla Quinto
thappeixoto@gmail.com
LEBREGO, Arina Marques
CARVALHO, Francineti Maria Rodrigues

INTRODUÇÃO

A infância é uma etapa fundamental no desenvolvimento humano, marcada pelas atividades físicas intensas, sendo que estas são necessárias para que a criança possa ir aos poucos explorando e conhecendo o ambiente a sua volta e assim, consequentemente, crescendo e aprimorando seu conhecimento sobre o mundo. Para que ela possa percorrer esta etapa de sua vida sem prejuízos é necessário gozar de saúde.

A internação hospitalar, frequentemente, é vista pela criança como uma experiência desagradável a qual é acompanhada de dor, ansiedade, medo, além de sensações de abandono e culpa. A brincadeira é a maneira mais autêntica pela qual a criança expressa e elabora suas vivências.

Porém, no decorrer de seu desenvolvimento, as crianças passam também por períodos de doenças, o que muitas vezes pode ser acompanhado de hospitalização. O adoecimento e a hospitalização na infância podem se constituir enquanto eventos inesperados para esta fase do ciclo vital. O processo de hospitalização infantil é, sem dúvida, marcante na vida de qualquer criança, uma vez que neste momento ela se percebe frágil e impossibilitada de realizar suas atividades cotidianas, alterando a sua rotina diária, como brincar e ir à escola.

A literatura aponta a hospitalização como um evento potencialmente estressante para a criança e sua família, pois, somada à fragilidade física provocada pelo próprio adoecer, há o estranhamento diante dos instrumentos hospitalares, a submissão a procedimentos médicos invasivos e a limitação de movimentos, bem como, uma brusca mudança de hábitos e costumes. Todas essas mudanças causam um impacto na criança e podem alterar seu comportamento durante e depois da

internação. Assim, a hospitalização e o adoecimento são fatores de risco para o desenvolvimento infantil. Conforme Pacheco e Bonassi apontam:

> Ressalvam que "é de grande importância que o hospital garanta à criança a continuidade de seu desenvolvimento". Desse modo, não basta curar, "é preciso também auxiliar a criança e todos os membros de sua família a enfrenta a experiência da hospitalização". Assim torna-se importante que a atmosfera hospitalar permita a continuidade do desenvolvimento infantil, sendo reconhecida como instituição de desenvolvimento integral (2010 apud OLIVEIRA & OLIVEIRA, 2012, p. 38).

A internação hospitalar, com frequência, é vista pela criança como uma experiência desagradável a qual é acompanhada de dor, ansiedade, medo, além de sensações de abandono e culpa. A brincadeira é a maneira mais autêntica pela qual a criança expressa e elabora suas vivências (OLIVEIRA, 2009; LIMA E MAGALHÃES, 2013).

O atendimento à criança por parte da equipe de saúde no hospital exige adaptação dos dispositivos de intervenção, neste contexto destacamos as Brinquedotecas, que são propostas de humanização em espaços de atenção à saúde.

A brinquedoteca é uma instituição que surgiu no século XX para garantir à criança um espaço destinado a facilitar o ato de brincar. Caracteriza-se por possuir um conjunto de brinquedos, jogos e brincadeiras, oferecendo um ambiente agradável, alegre e colorido, onde mais importante que os brinquedos é a ludicidade que estes proporcionam. Favorecendo à criança a construção da relação eu-mundo, pois além do prazer proporcionado pelo brincar, ela tem a oportunidade de dominar suas angústias, controlar ideias ou impulsos e tenta desvelar as situações as quais vivencia. É inquestionável seu papel no desenvolvimento e aprendizagem da criança, que encontrará no brincar experiências cotidianas importantes para o seu crescimento (SILVA e CORREIA, 2010).

Na sala lúdica a criança tem o encontro com o livre brincar, a qual tem a possibilidade de expressar seus sentimentos referentes a internação, tendo um espaço de possível alívio de tensão, possibilitando a criança e ao seu cuidador entrar no mundo da brincadeira, e consequentemente acessar o seu psiquismo.

> (...) a Brinquedoteca Hospitalar rompe com a característica temporal contida na rotina da internação, na qual a criança se percebe continuamente como alguém que é diagnosticado, cuidado, medicado, para oferecer um tempo onde os papéis e as funções podem ser divertidos. Quando brinca, pode agir e sentir-se bem e forte como aquele que cuida, que trata, que alimenta, que investiga. Por meio da brincadeira simbólica, ou do faz-de-conta, como é chamada, o virtual permite justamente essa transposição de papéis, deslocando diametralmente a posição passiva, de quem recebe cuidados, para ativa, de quem cuida, organiza, delibera. (OLIVEIRA, 2008, p. 28).

A exigência da existência de Brinquedoteca em hospital que possua atendimento de crianças em regime de internação é atualmente obrigatória em todo o território nacional, estando amparada pela Lei Federal 11.104 de 21 de março de 2005. De acordo com a Lei referida as Brinquedotecas são dispositivos para estimular o brincar das crianças, é um lugar onde as crianças são convidadas a explorar, a sentir e experimentar.

> Art. 1° os hospitais que ofereçam atendimento pediátrico contarão, obrigatoriamente, com brinquedotecas nas suas dependências.
>
> Parágrafo único. O disposto no *caput* deste artigo aplica-se a qualquer unidade de saúde que ofereça atendimento pediátrico em regime de internação

> Art 2° Considera-se brinquedoteca, para os efeitos desta lei, o espaço provido de brinquedos e jogos educativos, destinado a estimular as crianças e seus acompanhantes a brincar.
> Art 3° A inobservância do disposto no art. 1° desta lei configura infração à legislação sanitária federal e sujeita seus infratores às penalidades previstas no inciso II do art. 10 da Lei n° 6.437, de 20 de agosto de 1977.

Este artigo aborda sob a ótica do fazer e da formação do psicólogo a importância da brinquedoteca hospitalar na perspectiva de humanização do atendimento, auxiliando na recuperação dos pacientes, com a utilização do brincar como instrumento de intervenção durante a hospitalização de crianças, já que as mesmas têm seu sofrimento acolhido.

OBJETIVO

O presente trabalho tem como objetivo apresentar e discutir a experiência de estágio obrigatório em Psicologia da Saúde em uma unidade hospitalar que faz uso de Brinquedoteca como dispositivo de intervenção com crianças hospitalizadas.

METODOLOGIA

Para tanto utilizamos o método qualitativo aplicado ao âmbito da Saúde, que conforme Turato (2005) tem por finalidade conhecer as significações envolvidas no processo saúde-doença, compreender sentimentos, vivências, comportamentos dos pacientes e de seus familiares e da equipe multidisciplinar, assim sendo o pesquisador se torna o próprio instrumento de pesquisa, usando diretamente seus sentidos e percepção para apreender os objetos em estudos.

De acordo com este entendimento, elencamos apresentar um relato de experiência, vivenciada durante o estágio supervisionado da Disciplina Psicologia da Saúde I, do Curso de Psicologia da Universidade da Amazônia (UNAMA), desenvolvido no corrente semestre, no contexto hospitalar.

O hospital no qual foi obtido os dados para formulação desse trabalho é referência estadual em psiquiatria, cardiologia, nefrologia e gravidez de risco, que atende a pacientes do SUS no Estado do Pará. O mesmo tem Brinquedoteca Hospitalar na clínica pediátrica desde 2006, com intuito de promover vivências favoráveis ao enfretamento da hospitalização, assim, proporcionando desenvolvimento infantil, além de, ser dotada por uma equipe multidisplinar (PROJETO ESPAÇO CURUMIM, 2009).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As proponentes do estudo a partir de suas vivências no setor de pediatria do hospital público, elaborou duas categorias para discussão: 1º) Possibilidades de intervenção psicológicas em Brinquedotecas e 2º) Desafios no que tange ao uso da Brinquedoteca como dispositivo de intervenção em Saúde.

O primeiro ponto refere-se à necessidade de estimular o brincar das crianças em nossas experiências enquanto estagiária de psicologia. O lúdico se constitui como uma ferramenta de elaboração, favorecendo à criança a expressão de ansiedades, medos, angústias, e de ressignificação na travessia do processo de adoecimento e hospitalização.

> Quando o brincar no hospital, a criança modifica o ambiente em que se encontra, tornando-o mais familiar, pois pode desempenhar uma atividade rotineira e prazerosa do seu cotidiano. A identificação por parte da criança de que ela é capaz e de alterar esse novo ambiente, produzindo um estado de relaxamento e liberdade, favorece a integração de aspectos negativos e positivos da hospitalização (CARVALHO & BEGNIS, 2006; OLIVEIRA, GABARRA, MARCON, SILVA & MACCHIAVERNI, 2009 apud LIMA E MAGALHÃES, 2013, p. 248).

Adentrar o espaço da Brinquedoteca para escutar e observar crianças possibilitou o entendimento deste espaço como repleto de subjetividade, e como facilitador da relação da criança com o meio hospitalar. Assim sendo, a atuação do psicólogo na Brinquedoteca vai ser com o brincar, haja vista que, este é um método de catarse, simbolização e elaboração psíquica para criança. Conforme proposto pela XERFAN (2016):

> (...) o brinquedo e o desenho não são o substituto da palavra do atendimento infantil - eles são, isto sim, a própria palavra, a forma como a criança fala ou se expressa na sessão. (...) o brinquedo, enquanto fantasia produzida pelo psiquismo da criança, só pode ser compreendido à luz de suas associações, do significado que pode ter para ela no contexto de sua história e/ou de sua sessão e da relação que mantém com seu analista. (XERFAN, 2016, p.85).

Destacamos ainda a contribuição das informações e explicações à criança sobre o motivo da hospitalização, através do brincar, como forma de reduzir a ansiedade gerada pela incerteza e imprevisibilidade da situação. Para Coelho (1999) o espaço criado para garantir o direito de brincar, enfatiza o valor dessa ação na identificação dos medos e sentimentos da criança hospitalizada e na compreensão de si mesma, da doença, da internação, buscando formas de enfrentamento de suas angústias, ou ainda, contribuindo para viabilizar formas de expressão, que auxiliem sua estimulação e interação com o novo meio.

A partir do vivido da estagiária fica claro a importância do brincar para trabalhar a doença e prognóstico, em dado atendimento a estagiária e sua preceptora realizaram uma atividade que consistia em papeis com formato de coração e lápis, o comando era que as crianças desenhassem ou fizesse alguma representação sobre o que estavam sentido. Assim, um paciente fez uma representação de chuva e outra do sol, foi questionado sobre o que era seu desenho, e o mesmo informou que as vezes no coração chovia bastante, mas sempre tinha

um sol para clarear e dar esperança. Nessa dinâmica nota-se o quão é relevante o brincar para a criança expressar suas questões acerca da situação que está vivendo.

Ressaltamos, do mesmo modo a família sofre com a internação da criança, pois essa deve mudar seu cotidiano para atender esse paciente e organizar as pendências que ficam além das quatro paredes de um hospital. Sendo assim, essa família deve ter um acompanhamento multidisciplinar para amparar tanto a saúde física quanto a psicológica. Na vivência de estágio foi notório a dificuldade dos acompanhantes em lidar com esse distanciamento da sua rotina, sendo assim, importante promover ações de cunho recreativo, para gerar autoestima, bem-estar, saúde mental, etc. Conforme, Oliveira salienta no seguinte registro:

> Em outras palavras, a doença de uma criança e seu processo de hospitalização podem, em um efeito dominó, vir a comprometer o bem-estar da família e até a saúde de seus membros. Daí a necessidade de a família se conscientizar de ela precisa manter-se física e psicologicamente saudável, respeitando seus limites e sua higiene mental, para, inclusive, ajudar a recuperação de quem está hospitalizado. (2008, p. 31).

Então, a Brinquedoteca Hospitalar, por ser um espaço mais descontraído do hospital torna-se um lugar de acolhimento e reelaboração desse período, além de, consagrar os vínculos afetivos desse paciente e seu acompanhante (OLIVEIRA, 2008).

Enquanto, o segundo ponto destacar que, apesar da obrigatoriedade da lei, a Brinquedoteca apresenta limitações quanto ao seu uso, com a reduzida presença de profissionais capacitados para nela atuar, assim como a presença reduzida da compreensão dos benefícios das brincadeiras no tratamento de patologias.

Conforme Oliveira (2008 apud LIMA E MAGALHÃES, 2013), às Brinquedoteca Hospitalar em sua elaboração tem que ter um enfoque técnico para viabilizar o conforto e segurança para seus usuários. Contudo, as implementações de Brinquedotecas Hospitalares, em muitos casos, não têm um levantamento a priori

para pontilhar os objetivos, recursos materiais, financeiros e humanos que precisam para oportunizar um espaço adequado para atuação da equipe de saúde e uso do paciente e sua família.

Além do espaço ter que ser adequado fisicamente também de extrema importância avaliação dos riscos de disseminação de doenças, pois é um espaço de uso comum entre pacientes numa clínica hospitalar. Assim, sendo necessário ter cuidados preventivos para minimizar as proliferações de doenças (FREITAS, SILVA, CARVALHO PEDIGONE E MARTINS, 2007 apud LIMA E MAGALHÃES, 2013).

Apesar de ser um espaço instituído por lei federal, ela tem desafios recorrentes a serem ultrapassados, uma delas é os recursos matérias e financeiros que muitas vezes são limitados. Sendo assim, os próprios profissionais com apoio da instituição tentam encontrar alternativas para conseguir arrecadar esses recursos, por exemplo: bazares, gincanas, etc. Essas opções possibilitam a entrada de fundo financeiros que busquem assegurar as ações humanizadoras da Brinquedoteca Hospitalar.

Outro aspecto pertinente é os recursos humanos atuantes nesse espaço e a sua possibilidade de prática um atendimento humanizado. As Brinquedotecas Hospitalares têm como profissional, principal, os brinquedistas que atuam na estimulação de comportamentos lúdicos e auxiliar aos usuários a compreender aquele espaço como um lugar de elaborar essa nova rotina de hospitalização (CUNHA, 2007; DIETZ e OLIVEIRA, 2008; MAGALHÃES & PONTES, 2002; VIEGAS & CUNHA, 2008 apud LIMA E MAGALHÃES, 2013).

No entanto, esse local também é indicado para os demais profissionais da equipe de saúde, pois atuação com o público infante é oportuno o uso do método lúdico, assim, considerando a sala lúdica um ambiente propicio para efetivação do vínculo do profissional com o paciente. Dessa forma, viabilizando um atendimento humanizado e que atenda a totalidade desse pueril.

Os autores Martins, Ribeiro, Borba, Silva (apud OLIVEIRA & OLIVEIRA, 2012, p. 39) "comentam ainda que o brincar, e é crucial para seu desenvolvimento motor, mental, social". Assim, atendendo a esfera biopsicossocial do individuo e viabilizado a atuação de diversos profissionais, então, as Brinquedotecas irão, também, operar

na significação daquela doença para o paciente e sua família, não apenas na doença.

Entretanto, na experiência da pesquisadora é perceptível o pouco uso desse lugar por alguns profissionais, como: médicos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, enfermeiros e técnico de enfermagem, muitas só utilizam quando o paciente estar no recinto. Então, isso demonstra como os profissionais não tem aproveitado o espaço para beneficiar tanto a sua atuação quanto proporcionar conforto e segurança nos atendimentos propostos aos pacientes pediátricos.

No entanto é importante ressalta que dependo do quadro clinico dessa criança, as vezes será indicado que não fique em espaço fechado e aglomerado ou saía do l seu leito, então, a equipe deve transportar a Brinquedoteca até esse paciente, com intuito de proporcionar o brincar da forma mais adequada para sua condição. Sendo assim, importante as visitas nos leitos para verificar as demandas e poder intervir de forma cabível.

CONCLUSÃO

Destarte, a Brinquedoteca Hospitalar viabilizará um espaço propício para atuação do psicólogo com o lúdico, assim, conciliando o brincar com a intervenção psicológica. Além disso, a criança encontra um espaço para desfrutar da sua infância de maneira acessível e confortável para sua condição de saúde, assim, permitindo que esta fique à vontade para vincular com a equipe, e principalmente com o psicólogo.

Na vivência da estagiária foi notória a importância desse espaço lúdico para o enfrentamento da doença e a condição que agora essa criança e sua família estão inseridas. Em vista disso, é importante discorrer sobre o tema para que a equipe de saúde e os próprios usuários compreendam que a Brinquedoteca Hospitalar é um meio terapêutico e complementar no alcance do processo de saúde do indivíduo.

A partir disso tornando-se necessário que os profissionais e as instituições reconheçam a importância da Brinquedoteca em nossas unidades hospitalares e assegurando um espaço adequado para o trabalho lúdico com nossos pacientes e suas famílias. Pois, esse espaço ainda tem dificuldades de ser validado como

importante instrumento para o processo de saúde e doença, então devemos debater ainda mais a relevância desta para os atendimentos visando o olhar holístico, visando o biológico, psíquico e social, desse infante nas unidades hospitalares.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Lei nº 11.104, de 21 de março de 2005. Dispõem sobre a obrigatoriedade de instalação de brinquedoteca nas unidades de saúde que ofereçam atendimento pediátrico em regime de internação. Diário Oficial da União. 22 mar 2005; 55:1.

COELHO, M. O, WUTKE, E. F, PRATA, M. Uma brincadeira que deu certo: quatro anos de brinquedoteca Algodão Doce: Hospital Clínicas. In: Anais do Encontro Nacional de Psicólogos da Área Hospitalar, 8, Curitiba, 1999, p.33.

FHCGV. Projeto Espaço Curumim. Belém, 2009.

LIMA, Mayara Barbosa Sindeaux.; MAGALHÃES, Celina Maria Colino. Brinquedoteca hospitalares em Belém: criação, espaço e funcionamento. Psicol. Argum., Curitiba, v. 31, n. 73, p. 247-255, abr./jun. 2013

OLIVEIRA, Dayanne Kallyne Morais de Araújo. OLIVEIRA, Fabiana Carla Mendes. Benefícios da Brinquedoteca à Criança Hospitalizada: Uma Revisão de Leitura. Revista Brasileira de Ciências da Saúde, ano 11, n°35. Jan/Mar 2013.

OLIVEIRA, Vera Barros de. O lúdico na realidade hospitalar. In: Brinquedoteca Hospitalar: isto é humanização. Drauzio Viegas (org.); Associação Brasileira de Brinquedotecas. 2ª ed. Rio de. Janeiro: Wak Ed, 2008. p. 27-32.

SILVA, Débora Faria; CORRÊA, Ione. Reflexão sobre as vantagens, desvantagens e dificuldades do brincar no ambiente hospitalar. remE– Rev. Min. Enferm.;14(1): 37-42, jan./mar., 2010.

TURATO, Egberto Ribeiro. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. Rev. Saúde Pública, São Paulo , v. 39, n. 3, p. 507-514, junho 2005 .

XERFAN, Cláudia Cruz. A gente só é bonito quando a mãe da gente acha: psicanálise e adoção. 1° edição. Curitiba : Appris, 2016. P. 73-101.

III CONGRESSO DE PSICOLOGIA: as diversas faces do cuidar.
De 26 a 28 de abril de 2018. Belém – PA/
HANGAR – Centro de Convenções da Amazônia
Volume 03 – ISSN: 2526-527X
CADERNO DE TRABALHOS COMPLETOS
http://revistas.unama.br/index.php/anaispsicologia/index

RELAÇÕES ENTRE RECURSOS LITERÁRIOS E HABILIDADES SOCIAIS EM GRUPOS VIVENCIAIS

Tais Figueira Monteiro
Rosângela Araújo Darwich

INTRODUÇÃO

Múltiplos fatores dificultam o aprendizado de habilidades sociais, como a ausência de modelos adequados de comportamento na família e na escola, o que contribui para a constituição de problemas de diferentes ordens, pessoais e interpessoais. Como modo de enfrentamento dessa realidade, um dos principais focos da educação tem sido o enfoque social. Assim, leva-se em conta uma visão global e integrada do indivíduo, em uma perspectiva sócio-histórica que o compreende como um ser biopsicossocial que transforma a cultura e é transformado por ela. Em linhas gerais, questões educacionais são percebidas como estando implicitamente relacionadas à promoção de interações sociais saudáveis (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2008; 2011).

Habilidades sociais correspondem a diferentes atitudes que favorecem o intercâmbio com demandas próprias de situações interpessoais. Trata-se, portanto, de comportamentos que podem ser aprendidos, mantidos ou substituídos, os quais contribuem para a competência social, implicando a adição de uma prática coerente com o equilíbrio entre demandas do indivíduo e do ambiente (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2011).

A perspectiva que inter-relaciona o acesso à literatura a habilidades sociais está sendo investigada no âmbito da realização da pesquisa-ação “Grupos Vivenciais e Vida em Sociedade, uma Intervenção Interdisciplinar”, implementada na Universidade da Amazônia (UNAMA), desde 2016, por docentes do Programa de Pós-Graduação em Comunicação, Linguagens e Cultura (PPGCLC) e dos cursos de graduação de Psicologia e Serviço Social. As investigações partem da formação de grupos vivenciais com participantes de diferentes faixas etárias e em diferentes contextos (DARWICH; GARCIA, 2017).

Com este estudo, objetiva-se fundamentar teoricamente relações entre o fomento à leitura e a aquisição de habilidades sociais.

METODOLOGIA

Esta pesquisa bibliográfica foi realizada a partir de um levantamento *online* nas bases SciELO e PepsiCO por meio das seguintes palavras de busca: “habilidades sociais”, “leitura” e “literatura”.

Utilizou-se, como critério de seleção, artigos indexados nos últimos dez anos que, em seus respectivos resumos, relacionavam os temas de interesse. Foram excluídos artigos que, apesar de fazerem citações acerca de habilidades sociais, não o relacionaram aos temas “leitura” e “literatura”.

A partir da seção de referências dos artigos selecionados, livros foram acrescentados, complementando o material utilizado.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Duas políticas públicas podem ser destacadas pela ênfase na formação de leitores em nível nacional: o Programa Nacional de Incentivo à Leitura (Proler), instituído em 1992 pela Fundação Biblioteca Nacional (FBN) e pelo Ministério da Cultura (MinC) com o objetivo de promover o interesse pelo hábito da leitura, estruturar uma rede de projetos capaz de consolidar, em caráter permanente, práticas leitoras, e criar condições de acesso ao livro; e o Plano Nacional do Livro e Leitura (PNLL), que consiste em estratégia permanente de planejamento, apoio, articulação e referência para a execução de ações voltadas para o fomento da leitura no país (BELO, 2016).

No entanto, tais políticas públicas demonstram ainda ser insuficientes, pois os índices relacionados à leitura permanecem desfavoráveis, conforme os dados referentes à alfabetização no Brasil divulgados pelo Indicador de Alfabetismo Funcional (INAF,2016). Contrastando alfabetismo proficiente, em que há domínio das habilidades de compreensão, interpretação e resolução de problemas numéricos, à situação de analfabetismo funcional, correspondente a níveis de

compreensão textual reduzida, em indivíduos entre 15 e 64 anos, verificou-se que o primeiro grupo corresponde a 8% da população investigada e o segundo, a 27%.

Os resultados obtidos podem ser relacionados não apenas à deficiência da qualidade do ensino, mas também ao pouco incentivo à prática social da leitura, justamente aquela implicada com a formação de leitores para a vida, ao invés de visar a construção de decodificadores de texto.

Neste sentido, Oliveira (2011, p. 19) defende que “é importante valorizar o papel da família, da escola e de outras instâncias educativas e da sociedade em geral na promoção da leitura como prática cultural”. Ao que tudo indica, toda fonte de influência positiva aumenta a probabilidade de que o movimento em favor da construção de leitores tenha sucesso.

Em outros termos, a valorização explícita do papel da sociedade na promoção da leitura extrapola a separação entre instâncias como família e escola, identificando o ser humano no contexto da cultura como um todo. Neste sentido, poderia ser destacado o prazer de ler como uma aquisição pessoal derivada de oportunidades sociais possivelmente vinculadas a relações não impositivas, não coercitivas, que, por exemplo, extrapolam o caráter artificial da atribuição de notas em escolas. A relação assim identificada corresponde à proposta de Skinner (2003), segundo a qual a convivência social tende a favorecer a aprendizagem de determinadas ações que, por si sós, passam a gerar o contato do indivíduo com reforçamento natural ou intrínseco, que aumenta a probabilidade de elas se tornarem mais frequentes sem que, para tanto, qualquer outro tipo de reforçamento positivo (como elogios ou prêmios) se façam necessários.

Se o prazer de ler é produto de práticas sociais, estas precisam ser identificadas e incentivadas para que se formem leitores proficientes que também apresentam habilidades sociais bem constituídas e que se tornem multiplicadores da cultura que lhes oportunizou as conquistas que realizaram. Antunes (2009) defende que a leitura representa um instrumento de cidadania, pois permite assegurar o princípio democrático do direito à informação e à cultura, atenuando os efeitos da exclusão social gerados pelo analfabetismo funcional. O indivíduo é, assim, afirmado

por meio do encontro com o outro, no sentido de ampliação do conhecimento de mundo, das pessoas e de si.

Complementarmente, compreende-se que habilidades sociais devem ser compreendidas de acordo com o contexto cultural no qual o indivíduo está inserido. Comportamentos habilidosos ou não são distinguidos por meio das consequências que geram, conforme a efetividade de sua função em uma situação. Em qualquer caso, comportamentos socialmente habilidosos estão relacionados à expressão de "sentimentos, atitudes, desejos, opiniões ou direitos de um modo adequado à situação, respeitando esses comportamentos nos demais, e que geralmente resolve os problemas imediatos da situação enquanto minimiza a probabilidade de futuros problemas" (CABALLO, 1996, p. 365).

Tal conceito contempla dimensões pessoal, situacional e cultural na análise do desempenho em interações sociais. Segundo Del Prette (2008), a dimensão pessoal é constituída por elementos cognitivo-afetivos e fisiológicos que, articulados às demandas interpessoais das diferentes situações (segunda dimensão), requer do indivíduo uma compreensão contextualizada de cada ambiente, associando-os também às normas, valores e regras culturais a qual o indivíduo está inserido (terceira dimensão). Desta forma, atribui-se às habilidades sociais um caráter descritivo.

De acordo com Gresham (2009, p. 19), "as habilidades sociais constituem uma classe específica de comportamentos que um indivíduo emite para completar com sucesso uma tarefa social", proporcionando interações interpessoais positivas e possibilitando a "obtenção de reforçadores sociais, como amizade, respeito e uma convivência cotidiana mais agradável" (BERNARDT; SEHNEM, 2015, p. 57).

Del Prette e Del Prette (2005) propõem um sistema de sete classes de habilidades sociais como prioritárias no desenvolvimento interpessoal, compostas por suas respectivas subclasses: autocontrole e expressividade emocional (reconhecer, nomear e expressar seus sentimentos positivos e negativos de modo não agressivo); civilidade (saber utilizar formas e expressões cordiais, demonstrando respeito e consideração ao outro); empatia (reconhecer, compreender e demonstrar interesse pelo sentimento ou experiência do outro), assertividade (expressar ideias,

opiniões, sentimentos de modo compreensivo e não agressivo), fazer amizades (demonstrar atitudes recíprocas em uma relação interpessoal mais próxima), solução de problemas interpessoais (conduzir uma situação problema de modo pacífico e racional) e habilidades sociais acadêmicas (comportamentos socialmente competentes que favoreçam o processo de ensino e aprendizagem).

Os domínios acadêmicos, interpessoais e comportamentais são interdependentes (ELIAS; AMARAL, 2016). Neste sentido, estudos apontam que dificuldades em habilidades sociais podem influenciar negativamente o rendimento escolar em virtude das demandas sociais envolvidas no processo de ensino-aprendizagem (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2011).

Com base em tal premissa, Elias e Amaral (2016) realizaram uma pesquisa empírica a fim de avaliar a relação entre habilidades sociais, problemas de comportamento e desempenho acadêmico em 54 crianças do 5° ano do fundamental, divididos em Grupo de Intervenção e Grupo Controle. Para tanto, instituiu-se treinamento de habilidades sociais apenas com os participantes que compuseram o Grupo de Intervenção. Foi verificado, após a intervenção, progresso em escrita e leitura no primeiro grupo de alunos. Assim sendo, a promoção de habilidades sociais gerou impacto positivo no desempenho escolar e “maior capacidade de atenção, reflexão, empatia, cooperação e resolução de problemas, o que potencializa um aprendizado escolar mais efetivo” (p. 57).

Nessa perspectiva, é possível afirmar que a aprendizagem que envolve interação socialmente habilidosa, com diálogos frequentes, contribui para a internalização, “que acontece a partir das significações construídas no processo interativo às quais o sujeito confere um sentido pessoal” (SILVEIRA JÚNIOR; LIMA; MACHADO, 2015, p. 651). Tal perspectiva foi demonstrada no relato de experiência realizada em uma aula de ciências, em que o professor mediou uma leitura compartilhada de um texto específico com a turma, oportunizando a construção de saberes por meio do diálogo e com isso, possibilitando uma experiência não coercitiva e prazerosa, que motivou os alunos na busca autônoma pela leitura e aprendizado (SILVEIRA JÚNIOR; LIMA; MACHADO, 2015).

No campo da leitura literária, Hidalgo e Mello (2014) explicitam o prazer de ler como fator diferencial entre o leitor habitual e o leitor esporádico, sendo um fator inversamente proporcional à exigência escolar que torna a prática da leitura obrigatória. Assim, o interesse espontâneo, autônomo e autêntico pela leitura é considerado fundamental.

Proporcionar um espaço em que o educando possa ter a experiência de contato com o texto de modo vivencial é, afinal, também favorecer a leitura efetiva, definida como "aquela em que o sujeito leitor se identifica com a leitura, cujo interesse ou fruição propicia uma autêntica prática social, aproximando, assim, literatura e vida" (HIDALGO; MELLO, 2014, p. 166).

Portanto, a formação de grupos vivenciais como método de aprendizagem em ambiente favorável para trocas sociais (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2008) corrobora com a possibilidade de formação de leitores funcionais.

CONCLUSÃO

É possível estabelecer relações diretas entre o aprimoramento de habilidades sociais, como assertividade e empatia, que dizem respeito à comunicação e ao desenvolvimento de afeto, e o hábito de leitura. O contato interpessoal, portanto, pode extrapolar o mundo físico, adentrando em universos preenchidos por personagens de livros. Por outro lado, percebe-se a literatura como elemento potencialmente favorecedor de variabilidade de recursos linguísticos e comportamentais que embasam a promoção de habilidades sociais.

Compreende-se que oportunidades sociais precisam se fazer presentes para que a leitura seja relacionada à sensação de prazer e à construção de postura crítica e cidadã. De acordo com Sidman (2009), ambientes coercitivos tendem a afastar o engajamento em determinadas atividades à sensação de prazer e realização pessoal na mesma medida em que se espera que trocas não coercitivas levem a resultados opostos.

Em linhas gerais, conclui-se que a literatura, enquanto método, tende a auxiliar o desenvolvimento cognitivo, afetivo e social. Fundamenta-se, assim, teoricamente, a utilização de recursos literários em grupos vivenciais, com a

promoção de espaços de expressão e de ressignificação de emoções e pensamentos que, direta ou indiretamente, fomentam a flexibilidade e o respeito diante de opiniões diferentes, com convivência pacífica entre perspectivas contrastantes.

REFERÊNCIAS

ANTUNES, I. *Língua, texto e ensino*: Outra escola possível. São Paulo: Parábola Editorial, 2009.

BELO, R. Políticas públicas de incentivo ao livro, leitura e a literatura. *Cadernos de Letras da UFF*, v. 26, n. 52, jul. 2016.

BERNARDT, A. M.; SEHNEM, S. B. Autoconceito e habilidades sociais de adolescentes em conflito com a lei, que cumprem medida socioeducativa no Centro de Atendimento Socioeducativo Provisório (CASEP). *Pesquisa em Psicologia*, 2015.

CABALLO, V. E. *Manual de técnicas de terapia e modificação do comportamento*. São Paulo: Santos Livraria Editora, 1996.

DARWICH, R. A. D.; GARCIA, M. L. D. G. Adolescentes em contexto escolar: uma ponte entre relações de gênero e relações sociais. *Anais eletrônicos do Seminário Internacional Fazendo Gênero 11 & 13th Women's Worlds Congress*, Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2017.

DEL PRETTE, A; DEL PRETTE, Z. A. P. *Psicologia das habilidades sociais na infância*: teoria e prática. Petrópolis, RJ: Vozes, 2005.

DEL PRETTE, A; DEL PRETTE, Z. A. P. *Psicologia das habilidades sociais*: terapia, educação e trabalho. 5ª ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008

DEL PRETTE, A; DEL PRETTE, Z. A. P. *Psicologia das relações interpessoais*: vivências para o trabalho em grupo. 9ª ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2011.

ELIAS, L. C. S; AMARAL, M. V. Habilidades sociais, comportamentos e desempenho acadêmico em escolares antes e após intervenção. *Psico-USF*, 2016, v .21, n.1, p.49-61.

GRESHAM, F. M. Análise do comportamento aplicada às habilidades sociais. Em: DEL PRETTE, A; DEL PRETTE, Z. A. P. (Orgs.). *Psicologia das Habilidades Sociais*: diversidade teórica e suas implicações. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009.

HIDALGO, A. M.; MELLO, C. J. A. Políticas públicas, formação de professores e a articulação escolar da leitura literária. Educar em Revista, Curitiba, n. 52, p. 155-173, 2014.

Indicador de alfabetismo funcional - INAF. *Estudo especial sobre alfabetismo e mundo do trabalho*. São Paulo, 2016.

OLIVEIRA, D. P. W. *Políticas públicas de fomento à leitura*: agenda governamental, política nacional e práticas locais. Dissertação (mestrado em Administração pública e governo) - Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 2011.

SIDMAN, M. *Coerção e suas implicações*. Campinas, SP: Livro Pleno, 2009.

SILVEIRA JÚNIOR, C.; LIMA, M. E. C. C.; MACHADO, A. H. Leitura em sala de aula de ciências como uma prática social dialógica e pedagógica. *Ensaio Pesquisa em Educação em Ciências* (Belo Horizonte), v. 17, n. 3, p. 633-656, 2015.

SKINNER, B. F. *Ciência e comportamento humano*. São Paulo: Martins Fontes, 2003.

Este trabalho contou com auxílio financeiro da Universidade da Amazônia.

III CONGRESSO DE PSICOLOGIA: as diversas faces do cuidar.
De 26 a 28 de abril de 2018. Belém – PA/
HANGAR – Centro de Convenções da Amazônia
Volume 03 – ISSN: 2526-527X
CADERNO DE TRABALHOS COMPLETOS
http://revistas.unama.br/index.php/anaispsicologia/index

ANÁLISE DE COMENTÁRIOS NO YOUTUBE: SORORIDADE NO CIBERESPAÇO?

Juliana Cristina dos Santos Miranda
Rosângela Araújo Darwich

INTRODUÇÃO

Redes sociais de internet ou digitais oferecem espaço de convívio e trocas de experiências e conteúdos pessoais e, assim, uma variedade de compartilhamento de experiências e sentimentos que contribuem para a formação da personalidade dos usuários (LEMOS, 2013; RECUERO, 2004).

No final do século XX os movimentos sociais, que visam à transformação de valores e instituições da sociedade, passaram a se manifestar através da internet. A partir daquele momento, o ciberespaço se tornou um ambiente de debate, uma espécie de ágora eletrônica global que possibilita o diálogo entre sujeitos de características diversas (CASTELLS, 2003; 2013).

A internet é um ambiente que permite expressões, protestos e manifestações individuais e/ou coletivos, interferências e diálogos com agências do governo e de empresas, tidos como representativos de opressão ou exploração, o que proporcionou o surgimento dos ativistas do ciberespaço (CASTELLS, 2003; 2013). Além disso, com o crescimento de plataformas de vídeo pelas redes sociais, diversas páginas femininas ganharam visibilidade, de modo que o número de mulheres que utilizam o vídeo como ferramenta de discussão aumentou consideravelmente com o decorrer dos anos (LANGE, 2007). Lange (2008) argumenta que a participação de mulheres em rede, principalmente nos vídeos, gerou uma maior discussão de assuntos íntimos, tidos como tabus, viabilizando um maior autoconhecimento e melhor conhecimento dos outros.

A pluralidade de vozes no ambiente on-line é uma representação de diversos grupos de pessoas que se identificam com ideologias e causas semelhantes. Através da internet, pequenas e grandes entidades encontram oportunidades de divulgação

a baixo ou zero custo, fato que se dá pela democracia existente em rede que permite que quem tenha acesso a ela se expresse livremente (MORAES, 2000).

As ferramentas oferecidas pelo ambiente virtual permitiram a hiperconexão e liberdade de expressão, de modo que diversos grupos de ativistas passaram a utilizá-las como ferramentas de propagação de pensamentos e ideologias. A partir da década de 1980, quando ainda se percebiam resquícios de elementos do movimento hippie, o movimento feminista já era considerado autônomo e de grande visibilidade (COSTA, 2013; NATANSOHN, 2013). Recentemente, muitos grupos feministas virtuais passaram a se destacar nas vitrines ciberespaço, principalmente o feminismo negro, que possui diversas páginas e sites de divulgação da sua causa, como o Geledés – Instituto da Mulher Negra.

No contexto de exposição de intimidades no ciberespaço, Winocur (2011) argumenta a dificuldade de debater a temática sem falar de sua antagonista, ou seja, a dimensão do público. As duas categorias, público e privado, deixaram de representar universos separados e opostos, e suas fronteiras tornaram-se porosas antes mesmo da popularização da internet e das redes sociais por meio da exibição da vida privada de celebridades na televisão e de pessoas comuns nos programas sentimentais e nos reality shows desde os anos 1970.

Lange (2007; 2008), que se dedicou a uma pesquisa aprofundada sobre a atuação das mulheres em espaços de compartilhamento de vídeos no ciberespaço, argumenta que se valer de questões íntimas para conversar com o público gera reações que podem encorajar a reconsideração tanto da autora do vídeo quanto do seu público a respeito de ideias sobre ação social e valores. Entretanto, expor elementos pessoais pode geral vulnerabilidade, desde a humilhação até danos físicos e emocionais (FANTONI, 2015). Apesar desses fatores, autoras de vídeos ainda compartilham visões pessoais e intimidades no ciberespaço, contribuindo para variadas formas de mudanças sociais.

Lange (2007; 2008) defende que a exposição em rede cria um espaço de discussão para questões delicadas e pouco comentadas, o que leva tanto as autoras dos vídeos quanto suas espectadoras a terem uma maior percepção e empatia tanto delas mesmas quanto de outras pessoas. Colocar-se em posição de vulnerabilidade

por meio do compartilhamento de momentos íntimos no ciberespaço pode levar ao aumento dos discursos públicos que envolvem temas que, anteriormente, eram considerados “tabus”, “de mau gosto” ou “indevidos”, e que as mídias tradicionais não abordam. Assim sendo, compartilhar intimidades, para muitas pessoas, pode ser transformador, pois as discussões podem gerar conhecimentos e respostas que procuram, mas não encontram por que o assunto não é comumente discutido (LANGE, 2008).

Este estudo aborda relacionamentos abusivos e masturbação feminina em uma discussão a respeito de poder e prazer em dois vídeos da youtuber Julia Tolezano em seu canal Jout Jout Prazer. Segundo Fantoni (2015), tal canal tornou-se popular por discutir temáticas consideradas tabus de forma leve e bem-humorada. Objetiva-se analisar a presença de sororidade a partir de debates entre comentadores dos dois vídeos.

METODOLOGIA

Este estudo lança mão do método netnográfico, idealizado por Robert Kozinets (2010), para a realização de análises comparativas de comentários publicados em vídeos com duas diferentes temáticas: relacionamentos abusivos e masturbação feminina.

Para realizar a netnografia deve-se, primeiramente, acessar sites, plataformas digitais e/ou fóruns de discussão on-line, verificar se são de extrema confiabilidade para que a coleta de dados se realize de forma segura, do ponto de vista acadêmico, e observar se os tópicos disponíveis estão gerando discussões coerentes ao tema. Esses cuidados iniciais facilitam a coleta de dados e circunscrevem a esfera de pesquisa a ser realizada. Após a escolha dos sites ou redes sociais digitais para coleta de dados, deve-se estipular um determinado período de tempo para que esta ocorra, mesmo que os comentários sejam antigos (KOZINETS, 2002; 2010).

Para a realização desta pesquisa foram escolhidos os vídeos “Não tira o batom vermelho” e “Por uma PPK mais feliz”, de autoria da jornalista e vlogger

brasileira Júlia Tolezano, do canal Jout Jout Prazer, no Youtube. Um total de 721 comentários de usuários foram coletados a partir da metodologia proposta.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O vídeo “Não tira o batom vermelho” é um mais assistidos do canal de Júlia Tolezano. O recorte temporal para a coleta de comentários correspondeu a um ano de interações, de março de 2015 a março de 2016, e 232 comentários foram selecionados.

Os dados foram divididos entre os seguintes eixos: mulheres e homens que comentaram acerca de relacionamentos abusivos presentes, e mulheres e homens que comentaram acerca de relacionamento abusivo passado (ver Tabela 1).

Tabela 1: Dados da audiência do vídeo “Não tira o Batom Vermelho” (2015 a 2016).

Sexo	Total de Comentários	Relacionamento abusivo no presente	Relacionamento abusivo no passado
Mulheres	203	15	43
Homens	29	1	11
Total	232	16	54

Destaca-se que muitos dos comentários analisados corresponderam a relatos de usuários que ignoravam estar vivendo em um relacionamento abusivo, o que isso influenciava diretamente a decisão de manter o relacionamento. Por outro lado, a consciência de estar passando por situações de abuso nem sempre demonstrou ser suficiente para a tomada de decisão referente ao término do relacionamento.

Entre janeiro e julho de 2017, 251 comentários foram selecionados em uma nova coleta, realizada com o objetivo de comparar ambos os conjuntos de dados, temporamente afastados (ver Tabela 2).

Tabela 2: Dados da audiência do vídeo “Não tira o Batom Vermelho” (2017)

Sexo	Total de Comentários	Relacionamento abusivo no presente	Relacionamento abusivo no passado
Mulheres	233	112	121
Homens	18	0	15
Total	251	112	136

Verificou-se que os comentários do vídeo “Não Tira o Batom Vermelho” aumentaram continuamente, incluisve com o início constante de novos. Assim sendo, diversas pessoas relataram diariamente suas experiências ou experiências de amigos e familiares com relacionamentos abusivos.

Após cerca de um ano, os tipos de relato não mudaram. Um grande número grande de mulheres ainda se referiu à falta de conhecimento ou incapacidade de terminar uma relação abusiva. O número de mulheres que sofrem em relacionamentos abusivos, portanto, não diminuiu, e a temática permanece sendo pouco abordada pela mídia e pelos grandes centros de debate. Muitos relatos podem ser identificados como pedido de socorro, pois fatores históricos e culturais que pregam que a mulher deve suportar diversos tipos de abuso em um relacionamento afetivo ainda são muito fortes (DEL PRIORE, 2011)

Apesar de o vídeo e os debates serem extremamente importantes para descortinar tal tipo de violência, muito ainda precisa ser feito para mudar essa realidade violenta. Os estudos de autores que trabalham em métodos para prevenir o abuso e a violência em relacionamentos afetivos devem continuar, pois estatisticamente a violência contra a mulher, no Brasil, aumenta a cada ano, com estimativa de que aumente ainda mais nos próximos anos (GIARDANI et al, 2013).

Após a primeira etapa da pesquisa ter sido concluída, iniciou-se a análise do vídeo “Por uma PPK mais feliz”, acerca de masturbação feminina. O vídeo totaliza 554 comentários, mas apenas 238 foram coletados e separados entre comentários masculinos e femininos. Devido ao baixo número de interações desse vídeo, a condição de coleta não foi a data em que o comentário foi realizado, mas sim a sua relevância, ou seja, se o comentário ganhou respostas ou um número considerável de curtidas. Todos os comentários femininos que foram apresentados pelo Youtube se mostraram favoráveis à discussão da temática masturbação feminina.

Os critérios de coleta dos comentários foram os seguintes: defesa da discussão acerca de masturbação feminina, postura contrária a tal debate e de comentários masculinos correspondentes à prática de assédio de mulheres (ver Tabela 3).

Tabela 3: Dados da audiência do vídeo “Por uma PPK mais feliz”

Sexo	Total de Comentários	Postura de defesa da discussão	Postura contrária à discussão	Prática de assédio
Mulheres	118	118	0	0
Homens	120	88	32	33
Total	238	206	32	33

Sentimento de culpa, medo e vergonha foram frequentes entre as comentadoras dos vídeos, mesmo em se tratando daquelas que diziam apoiar a discussão e que praticavam a masturbação. Alguns casos, no entanto, constituíram exceção. Por exemplo:

> Eu sempre me masturbei, desde criança. Mas chorava muito e tinha vergonha, pois achava que fazia algo muito errado. Rezava e pedia perdão. Hoje eu sei que não tem nada demais, continuo praticando e amo!!! Só não fico divulgando por aí, acho que é íntimo demais, mas que bom que outras pessoas também se sentem bem com isso!!!!

No geral, a cada comentário de uma mulher apoiando a masturbação ou afirmando que se masturbava, pelo menos um perfil masculino respondia com ofensas e outros discursos de ódio muitas vezes justificados com preceitos religião e outros argumentos conservadores, ou, por outro lado, com mensagens de assédio. Eis o comentário de um homem em relação à masturbação feminina:

> Jesus Cristo nos ordenou a pregar, eu posso opinar sim, não estou julgando ninguém estou dizendo que é errado no ponto de vista cristão. E quem disse que o cristão não pode julgar? Desde que seja uma crítica construtiva! E você disse "para quem quer ouvir" se você rejeita a Deus, pode ter certeza que outros querem debater esse tema. Pois a maioria de nós é cristã e eu sei que querem uma nova era aonde o lema é "tudo pode" aconselho a você refletir na sua vida e ver se

> verdadeiramente vale a pena praticar esse ato. Eu reconheço que não vale a pena.

Este tipo de relato é comum nos comentários desse vídeo, todos feitos por homens, pois, por mais que algumas mulheres não tenham se sentido à vontade para debater o assunto, em nenhum momento elas se mostraram contra o ato ou o classificaram como impuro, pecaminoso ou contra as leis divinas.

Comentários correspondentes a assédios são exemplificados por meio de um curto diálogo entre uma comentadora e um comentador.

> O que você falou é super verdade Jout. Gozar é ótimo pra insônia (COMENTADORA).
>
> Então por exemplo eu transo com você, você goza muito, você vai dormir? (COMENTADOR).
>
> Primeiro eu não transo com vc, segundo eu me masturbo e gozo muito sozinha e durmo muito bem obrigada (COMENTADORA).
>
> Credo. Deve tá na TPM (COMENTADOR).
>
> Não, estou em pleno período fértil, mas não sou obrigada a transar com vc ou responder como vc quer (COMENTADORA).

O diálogo apresentado é algo muito comum dentro e fora de redes sociais digitais. Se uma mulher faz algo que um homem interpreta como um convite, ele se posiciona como se acreditasser que pode ter todo tipo de acesso ao corpo dela (GIARDANI, 2010). No caso desse diálogo, a afirmação da interlocutora de praticar masturbação foi interpretado como um convite por parte do interlocutor, e ao abordar a interlocutora com intenções sexuais e ser rejeitado ele associou a recusa com uma possível tensão pré-menstrual.

A questão de a mulher obter qualquer tipo de prazer oriundo de atividades sexuais é questionada há muito tempo. Na época vitoriana, o orgasmo feminino era relacionado à bruxaria e rituais pagãos (FOUCAULT, 1985). Laqueur (2001) explica que, mesmo quando a ciência médica dissociou o orgasmo feminino da fecundação, o direito das mulheres ao prazer sexual continuou sendo desconsiderado.

A masturbação é uma temática altamente discutida entre o público masculino. Entretanto, em relação à masturbação feminina a discussão permanece sendo praticamente inexistente (TRINDADE, 2008). O vídeo “Por uma PPK mais

feliz", que apresenta vantagens obtidas por uma mulher ao praticar masturbação, pode ser considerado ousado (até mesmo impróprio) para quem parte do princípio de que a masturbação feminina é e deve continuar sendo um tabu.

CONCLUSÃO

No contexto do vídeo "Não Tira o Batom Vermelho", referente a relacionamentos abusivos, destacam-se relatos de mulheres que consideram viver tal situação e daquelas que reconhecem que viveram ou vivem tal experiência dolorosa a partir do vídeo. Tanto vivências de sofrimento, quanto de superação do problema por meio da separação do parceiro são frequentes. A essas verbalizações somam-se comentários de outras mulheres, demonstrando apoio e vantagens de separações presentes na história de vida delas, enquanto comentários masculinos permanecem praticamente ausentes.

No segundo contexto, voltado ao vídeo "Por uma PPK mais feliz", mulheres descrevem experiências de prazer obtido por meio de masturbação e outras mulheres também confirmam vivências semelhantes. No entanto, neste caso destacam-se comentários de homens que adotam posturas críticas, com fundamentação predominantemente religiosa, e que também assediam as comentadoras que identificam a masturbação como prática presente em suas vidas.

Diante de tais posicionamentos, as próprias mulheres a quem os homens se dirigem apresentam reações e prolongam o diálogo. Embora os comentários masculinos se assemelhem, em alguma medida, a posturas que caracterizam relacionamentos abusivos, outras mulheres não comparecem com posturas de apoio. Elas, aliás, silenciam.

Debates íntimos podem ser favorecidos pelo relativo anonimato oferecido pelas plataformas digitais, mas a exposição por meio de comentários pode gerar tanto acolhimento e esclarecimentos necessários, quanto reações de desprezo e desrespeito. Prossegue, assim, o duplo papel de espaços ocupados por mulheres, que tanto oferecem oportunidade de sororidade, quanto deixam claro que a luta feminina por direitos humanos básicos permanece cotidianamente necessária e que

o apoio entre mulheres ainda depende muito do contexto em que ele se faz necessário.

De modo geral, de acordo com os dados coletados, sororidade acontece na ausência dos homens sobre os quais a queixa de abuso recai, mas permanece ausente na presença de homens que se manifestam de maneira abusiva.

REFERÊNCIAS

CASTELLS, Manuel. A política da Internet I: redes de computadores, sociabilidade civil e o

Estado. In: *A Galáxia da Internet*. Rio de janeiro: Zahar, 2003, p.114-138.

CASTELLS, Manuel. O poder da comunicação. *Fundação Calouste Gulbenkian*, 2013.

COSTA, Ana Alice Alcântara. O movimento feminista no Brasil: dinâmicas de uma intervenção política. *Revista Gênero*, v. 5, n. 2, 2013.

DEL PRIORE, Mary. *Histórias íntimas*. São Paulo: Planeta do Brasil, 2011.

FANTONI, Alessandra. Não Tira o Batom Vermelho: a Informação na Performance de Jout Jout, *Trabalho apresentado no Congresso Brasileiro de Ciências da Comunicação,* Rio de Janeiro, RJ, 2015.

FOUCAULT, Michel. *História da sexualidade, vol. 1 A vontade do Saber*. Graal: Rio de Janeiro, 1985.

KOZINETS, Robert. The field behind the screen: Using Netnography for Marketing Research in Online Communities*. Journal of Marketing Research*, v. 39, n. 1, p. 61-72, 2002.

KOZINETS, Robert*. Netnography*: Doing Ethnographic Research Online. Toronto: Sage Publications, 2010.

LANGE, Patricia. The Vulnerable Video Blogger: Promoting Social Change through Intimacy*. S & F online*, v.5, n. 2, 2007.

LANGE, Patricia. Publicly Private and Privately Public: Social Networking on YouTube. *Journal of Computer-Mediated Communication*, v. 13, n. 1, p. 361-380, 2008.

LAQUEUR, Thomas. *Inventando o sexo*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2001.

LEMOS, André. *Cibercultura*: Tecnologia e vida social na cultura contemporânea. Porto Alegre: Sulina, 2013.

MORAES, Dênis. Comunicação virtual e cidadania: movimentos sociais e políticos na Internet. *Revista Brasileira de Ciências da Comunicação*, v. 23, n. 2, p. 142-155, 2000.

NATANSOHN, Graciela. *Internet em código feminino*: teorias e práticas. Buenos Aires: La Crujía, 2013.

RECUERO, Raquel Webrings: As Redes de Sociabilidade e os Weblogs. *Revista Sessões do Imaginário*, v. 11, p. 19-27, 2004.

TRINDADE, Wânia Ribeiro; FERREIRA, Márcia de Assunção. Sexualidade feminina: questões do cotidiano das mulheres. *Texto & Contexto Enfermagem*, v. 17, n. 3, 2008.

WINOCUR, Rosalía. O lugar da intimidade nas práticas de sociabilidade dos jovens. *Matrizes*, v. 5, n. 1 p. 179-193, 2011.

Este trabalho contou com auxílio financeiro da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

Volume 03 – ISSN: 2526-527X
CADERNO DE TRABALHOS COMPLETOS
http://revistas.unama.br/index.php/anaispsicologia/index

IMPACTOS DA PARTICIPAÇÃO EM GRUPOS VIVENCIAIS SOBRE HABILIDADES SOCIAIS DE ESTUDANTES PESQUISADORES

Clarisse Gabrielle Timbó Coêlho
Jessica Pinheiro da Silveira
Rosângela Araújo Darwich

INTRODUÇÃO

Para a Organização Mundial de Saúde (OMS, 1946), saúde corresponde a um estado geral de bem-estar, o que extrapola a mera relação com ausência de sintomas físicos. Bem-estar e qualidade de vida estão intimamente relacionados, pois ambos dependem de fatores ambientais que derivam amplamente de posicionamentos pessoais.

Neste sentido, compreende-se que não ter êxito diante de circunstâncias do dia a dia tende a causar estresse, o que é considerado como fator de risco, pois aumenta a probabilidade de ocorrência de problemas de toda ordem, inclusive físicos. No entanto, exige bastante empenho interno ter efetividade na superação de situações problemáticas e dolorosas mantendo o bem-estar. O trabalho pessoal necessário para tanto é reconhecido enquanto movimento de prevenção, com aprendizam de enfrentamento do estresse, de hábitos saudáveis de vida e de habilidades sociais (MACEDO; GONZAGA; LIPP, 2014).

Habilidades sociais são fatores de proteção, pois favorecem a instalação e manutenção de relações interpessoais de qualidade. Comportamentos socialmente habilidosos, ou seja, assertivos e empáticos, ajudam a enfrentar dificuldades com mais facilidade, posto que o indivíduo reconhece seu papel social e age de maneira a compreender os demais e ser compreendido por eles. Como consequência, verificam-se melhoras significativas na qualidade de vida e, assim, na saúde (CONTE; BRANDÃO, 2007).

Em linhas gerais, habilidades sociais definem-se como um conjunto de comportamentos que demonstram a desenvoltura do indivíduo para lidar com as mais diferentes questões pertencentes às relações interpessoais (CIA; BARHAM, 2009). Nota-se a importância de trabalhos voltados à ampliação de tais habilidades

em busca de melhorias relacionadas a um bom convívio do indivíduo em suas interações interpessoais nos mais diversos contextos, como no seu ambiente de trabalho, seu círculo de amizade, seu ambiente familiar, relacionamentos amorosos, entre outros.

Com base em tais argumentos, a pesquisa-ação “Grupos Vivencias e Vida em Sociedade: uma Intervenção Interdisciplinar” vem sendo desenvolvida na Universidade da Amazônia (UNAMA) desde 2016, visando favorecer a construção de repertórios de habilidades sociais em participantes de diferentes faixas etárias e em diferentes contextos (DARWICH; GARCIA, 2017). Grupos vivenciais têm sido constituídos principalmente em escolas, organizações não governamentais e na Clínica-Escola de Psicologia da UNAMA (CLIPSI). Por meio de dinâmicas de grupo e rodas de conversa são criados espaços não coercitivos de reflexão e diálogo, favorecedores da aprendizagem e do aprofundamento de habilidades sociais.

Mais especificamente, nos grupos vivenciais pretende-se favorecer que os participantes adotem novas perspectivas de vida, com congruência entre o falar e o fazer, aprofundamento do sentimento de pertencimento, do autoconhecimento e da identificação com o outro. Estudantes de graduação e pós-graduação atuam na pesquisa, assumindo diferentes funções nos grupos vivencais. É esperado, portanto, que também eles sejam beneficiados com as mudanças pessoais que pretendem que sejam construídas nos participantes dos grupos, considerando que, nas trocas sociais, todos os envolvidos são tocados e modificados.

Como um desdobramento da pesquisa-ação, este estudo objetivou investigar relações entre realização de pesquisa e aprimoramento de habilidades sociais de estudantes de Psicologia que atuam em grupos vivenciais desde o segundo semestre de 2017. Neste sentido, complementa os resultados advindos de análises dos participantes de diferentes grupos.

METODOLOGIA

Tipo de pesquisa

Esta pesquisa descritiva, enquanto desdobramento de uma pesquisa-ação, vale-se da realização de análise qualiquantitativa. Destaca-se que a pesquisa

descritiva é caracterizada pela observação, registro e descrição de relações entre variáveis, sem interferência direta sobre elas (PRODANOV; FREITAS, 2013).

Participantes

Este estudo contou com a participação de dezesseis alunos da UNAMA entre 19 e 32 anos de idade, cursando entre o terceiro e o nono período do curso de Psicologia, sendo sete do sexo masculino e nove do sexo feminino. Todos participaram como pesquisadores das atividades desenvolvidas desde 2017 em grupos vivenciais em escolas públicas e na Clínica de Psicologia da UNAMA (CLIPSI), nestre último caso realizando a pesquisa com grupo de pais ou crianças.

O total de participantes foi dividido em dois grupos, cada um com oito componentes: Grupo 1, composto por pesquisadores que integraram a pesquisa-ação com função de apoio nos encontros realizados; e o Grupo 2, composto por pesquisadores que se tornaram bolsistas.

Os participantes do Grupo 1, com função de apoio em diferentes grupos vivenciais desde 2017, atuaram como relatores e/ou na transcrição de respostas para a nuvem, enquanto os participantes do Grupo 2 assumiram função de coordenação ou passaram a ser treinados para tanto a partir de 2018, quando receberam algum tipo de bolsa de pesquisa. O número de participantes do Grupo 2 determinou a composição geral da amostra.

Instrumentos e registro de respostas

Como técnica de coleta de dados, utilizou-se um questionário aberto contendo três perguntas discursivas, referentes a experiências subjetivas de cada participante, e duas perguntas objetivas relacionadas ao tempo e função que ocuparam na pesquisa. Valeu-se da ferramenta Google Forms para elaboração e distribuição dos questionários aos pesquisadores e, portanto, também para registro das respostas. *Links* de acesso aos questionários foram enviados aos participantes por meio do aplicativo WhatsApp.

Procedimento

Estudantes do curso de Psicologia que atuaram como pesquisadores em grupos vivenciais a partir de 2017 e receberam bolsa de pesquisa em 2018 foram contactos pessoalmente e assim convidados para que respondessem a um questionário online, objetivando a compreensão de suas perspectivas acerca dos papéis assumidos nos grupos. Seria uma pesquisa dentro da pesquisa. Todos os oito bolsistas concordaram em participar, compondo o Grupo 2. Oito estudantes com as mesmas características daqueles do Grupo 2, com exceção do recebimento de bolsa de pesquisa, foram igualmente contactados e aceitaram o convite.

Um mesmo questionário foi enviado a todos os participantes por meio de seus respectivos WhatsApp, porém por meio de dois *links* diferentes, de modo que as respostas de um grupo fossem diferenciadas fisicamente. Pretendeu-se, assim, ter uma melhor visualização das respostas de cada grupo.

Foi pedido aos participantes que respondessem o mais imediatamente possível e que não conversassem entre eles acerca das perguntas.

Por meio da própria ferramenta Google Forms foi possível o acesso imediato às respostas.

Análise de Dados

A análise dos dados foi implementada por meio das respostas do total de participantes ao questionário, sendo que cada um deles, a cada pergunta, poderia dar mais de uma resposta.

Uma avaliação das respostas foi realizada, fornecendo parâmetro para o estabelecimento de relações entre a participação dos estudantes pesquisadores nos grupos vivenciais e a ampliação de seus respectivos repertórios comportamentais, com o desenvolvimento de habilidades sociais. Além disso, foi possível obter as respostas de cada grupo em separado.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As perguntas presentes no questionário tiveram o intuito de identificar fontes de reforçamento positivo, principalmente social, na participação na pesquisa-ação “Grupos Vivenciais e Vida em Sociedade: uma Intervenção Interdisciplinar” e, assim,

averiguar a participação em contextos não coercitivos. As respostas viabilizaram a constatação de relações existentes entre a experiência vivida nos grupos e o implemento de habilidades sociais dos pesquisadores, mesmo em seus aspectos mais subjetivos, como pode ser observado nos resultados descritos a seguir.

A primeira pergunta do questionário voltou-se à identificação da qualidade do contato dos pesquisadores com o contexto não coercitivo por eles criado nos grupos vivenciais: “descreva uma experiência nos grupos vivenciais que marcou você de forma positiva”.

Quanto a experiências positivamente significativas enquanto pesquisadores, 35,7% dos participantes destacaram a interação com as crianças e adolescentes nos grupos vivenciais. 57% foram mais além, indicando a diferença causada na vida de tais crianças e adolescentes por meio das interações estabelecidas. Neste sentido, destaca-se a seguinte afirmativa: “o relato de um dos estudantes que disse que foi muito útil o trabalho que realizávamos na resolução dos conflitos deles”. Um outro participantes afirmou, especificamente, que pôde descobrir em si e desenvolver a habilidade de lidar com crianças.

Cada participante apresentou um relato de experiência diferente. 42,8% tiveram um olhar mais subjetivo das situações. Um deles relatou, por exemplo, que a disposição dos alunos em participar das reuniões era algo que chamava bastante sua atenção. Outra participante discorreu sobre a tristeza ao perceber que o *bullying* começa na própria família. Um terceiro abordou o fato de que o grupo proporciona o enfrentamento de questões individuais que assombra crianças e adolescentes.

Os grandes avanços científicos vivenciados atualmente na sociedade, apesar de gerarem novas possibilidades de contato com tecnologias e ampliação de conhecimento, não eximem as pessoas de experienciar circunstâncias de difícil enfrentamento. Um dos maiores dilemas que atingem a sociedade atual seria o agravamento de crises em relações interpessoais (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2014).

Diante disso, pôde-se perceber que a interação promovida nos grupos vivenciais ajudou a minimizar os conflitos referentes a tal dilema, pois, na perspectiva dos pesquisadores, os alunos participantes desenvolveram habilidades sociais que

contribuiram para a manutenção de suas relações interpessoais, sendo que o mesmo ocorreu com eles próprios.

A segunda pergunta do questionário investigou o resultado do contato dos participantes da pesquisa-ação com o ambiente não coercitivo criado nos grupos vivenciais, na perspectiva dos pesquisadores: “com base em sua experiência como pesquisador, como você acredita que os grupos vivenciais contribuem para a qualidade de vida dos participantes?”

Todos os participantes deste estudo afirmaram acreditar que os grupos vivenciais contribuem para a qualidade de vida das crianças e adolescentes, seja pela construção de um espaço de escuta (50%), pela afirmação e manutenção de habilidades sociais (94%) ou, complementarmente, pela oportunidade de reflexão (37,5%) e de autoconhecimento (37,5%). Alguns exemplos de tais posicionamentos: “pelo fato de os jovens terem um espaço para falar sobre suas demandas, e poderem levar à tona o que os incomoda, sendo que não é comum se ter essa experiência”; “contribui fazendo os participantes refletirem sobre as mais variadas situações. Fazendo com que eles aprendam a lidar com essas situações’’; e “sem perceber, os participantes estão treinando suas habilidades sociais, pois eles aprendem a falar em público, a se expressar e se perceber melhor’’.

Del Prette e Del Prette (2005, p. 16) afirmaram que “habilidades de comunicação, expressividade e desenvoltura nas interações sociais podem se reverter em amizade, respeito, status no grupo ou, genericamente, em convivência cotidiana mais agradável”. Diante disso, pode-se esperar que as habilidades aprendidas nos grupos vivenciais sejam generalizadas para as relações interpessoais dos alunos e pesquisadores, de maneira geral, com a adoção de comportamentos assertivos para além do grupo e contribuindo, então, para a qualidade de vida deles.

Cia e Barham (2009, p. 46) também indicam que

> As dificuldades interpessoais (envolvendo problemas de comportamento internalizantes e externalizantes) ocorrem, de modo geral, por causa de um repertório de habilidades sociais pobre, principalmente em termos de empatia, expressão de sentimentos e resolução de problemas. A competência do

> indivíduo em relação a estas habilidades depende de fatores cognitivos e emocionais, como baixa autoestima, baixo autoconceito, crenças e atribuições disfuncionais, impulsividade e temperamento difícil, entre outros.

Com base nos resultados obtidos por meio das respostas à segunda pergunta, percebe-se que os grupos vivenciais contribuíram para a ampliação de habilidades sociais por meio do estabelecimento de um espaço de escuta não-coercitivo, com possibilidade de troca de experiências e viabilização de revisões em diferentes repertórios comportamentais básicos que, por sua vez, enriquecem os tipos de posturas adotadas em contextos variados de interação social. Neste sentido, uma pessoa que, ao conversar com outras, demonstra um comportamento passivo, ao desenvolver habilidades sociais poderá se comunicar de maneira mais assertiva, expressando sua opinião e respeitando não somente o seu espaço mas, inclusive, o do outro. Desdobramentos da nova postura são esperados, sendo uma melhor qualidade de troca intepessoal a base para revisão pessoais e de visão de mundo.

A terceira pergunta do questionário investigou relações entre ações ligadas à pesquisa e consequências referentes à permanência em tais atividades, no sentido de empoderamento dos pesquisadores enquanto seres de escolha: “você precisa se esforçar e se organizar para ser um pesquisador. Explique por que tem valido a pena a ponto de você continuar na pesquisa”.

Em relação à motivação para permanecer na pesquisa, a maioria dos participantes (62,5%) destacou a soma da experiência para a formação profissional, no sentido de união entre teoria e prática, 50% indicaram, mais especificamente, a oportunidade de aprendizagem, e outros 50% valorizaram a contribuição para a melhoria da comunidade por colaborarem de forma assertiva na vida dos envolvidos.

A minoria dos participantes (6,25%) abordou a questão de que o grupo proporciona vínculos de amizades, fuga da rotina e melhoria curricular. Além disso, 25% apontaram fatores que se somam, como a compreensão das dinâmicas de grupo como uma via de mão dupla por dar também aos pesquisadores oportunidade de reflexão sobre suas próprias questões, proporcionando um amadurecimento pessoal e a possibilidade de que saiam de sua zona de conforto. Percebe-se, aí, melhorias gerais perpassando por habilidades sociais.

É importante observar uma única diferença marcante entre as respostas dos participantes do Grupo 1 (não bolsistas) e do Grupo 2 (bolsistas): por mais que os bolsistas tenham relatado a importância da questão profissional, eles enfatizaram a ajuda que oferecem às crianças e adolescentes, enquanto que, para os demais, o papel da pesquisa para o desempenho futuro da profissão aparentou ser o interesse mais significativo. Percebe-se, assim, que aqueles que passaram a receber bolsa extrapolam, em suas avaliações, as vantagens geradas para si próprios.

Quanto ao Grupo 1, os pesquisadores seguiram a seguinte linha de raciocínio: “vale a pena porque o conhecimento teórico é colocado em prática e essa experiência ajuda na formação profissional”; e “vale a pena porque essa experiência ajuda no processo da minha formação como profissional da Psicologia.”

Por outro lado, um participante do Grupo 2 registrou que “vale a pena por saber que nossa ação trará resultados não só para a nossa vida, mas principalmente para a vida dessas pessoas, e saber que isso pode repercutir em toda a vida deles, podendo participar da construção de um ser humano mais saudável, mais empático, mais respeitoso e melhor consigo mesmo.” Um outro participante foi mais além: “acredito que ser um pesquisador é o melhor que uma universidade tem a oferecer. Além das vantagens curriculares, você pode entender que está fazendo parte de algo muito maior, uma verdadeira contribuição para o mundo científico e, portanto, para o mundo.”

CONCLUSÃO

Por meio do relato dos participantes, nota-se a importância do oferecimento de tratamentos humanizados, que respeitam a totalidade de cada indivíduo enquanto ser que sofre efeitos do ambiente que o cerca, mas também é capaz de transformar a realidade.

A utilização de um questionário com perguntas abertas forneceu espaço para uma grande variedade de respostas, o que, no entanto, pouco distinguiu pesquisadores bolsistas de não bolsistas. Quanto a tais diferenças, verificou-se que, embora os participantes de ambas as condições avaliem positivamente o impacto da experiência em grupos vivenciais sobre si próprios, os bolsistas voltaram-se mais

frequentemente às consequências positivas geradas na vida das crianças e adolescentes, o que pode significar uma maior empatia e uma relação estabelecida entre maior reconhecimento por outros e maior sensibilidade aos outros.

Assim sendo, da percepção da aquisição de repertório comportamental para lidar com crianças a expressões claras de maior assertividade e empatia, os participantes deste estudo traduzem ganhos em suas habilidades sociais, demonstrando que são favorecidos pelo empenho em favorecer os demais.

Referências

CONTE, F. C. S.; BRANDÃO, M. Z. S. *Falo? Ou não falo?* 2. ed. Londrina: Mecenas, 2007.

DARWICH, R. A. D.; GARCIA, M. L. D. G. Adolescentes em contexto escolar: uma ponte entre relações de gênero e relações sociais. *Anais eletrônicos do Seminário Internacional Fazendo Gênero 11 & 13th Women's Worlds Congress*, Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2017.

DEL PRETTE, A.; DEL PRETTE, Z. A. P. *Psicologia das habilidades sociais em crianças*: teoria e prática. Petrópolis: Vozes, 2005.

DEL PRETTE, A.; DEL PRETTE, Z. A. P. Paradigmas culturais, habilidades sociais e análise do comportamento. In: VICHI, C.; HUZIWARA, E. M.; SADI, H. M.; POSTALLI L. M. M. (Orgs.). *Comportamento em foco*. São Paulo: Associação Brasileira de Psicoterapia e Medicina Comportamental, 2014, v. 3, p. 139-148.

CIA, F.; BARHAM, E. J. Repertório de habilidades sociais, problemas de comportamento, autoconceito e desempenho acadêmico de crianças no início da escolarização. *Estudos de Psicologia*, v. 26, n. 1, p. 45-55, 2009.

MACEDO, A. G.; GONZAGA. L. R. V. LIPP, M. E. N. Processo de recolocação profissional de executivos: interação entre stress e habilidades sociais. In: VICHI, C.; HUZIWARA, E. M.; SADI, H. M.; POSTALLI L. M. M. (Orgs.). *Comportamento em foco*. São Paulo: Associação Brasileira de Psicoterapia e Medicina Comportamental, 2014, v. 3, p. 149-162.

OMS - Organização Mundial de Saúde. *Constituição da OMS*, 1946. Disponível em: <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial
-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html.> Acesso em: 2 de abril de 2018.

PRODANOV, C. C.; FREITAS, E. C. *Metodologia do trabalho científico*: Métodos e Técnicas da Pesquisa e do Trabalho Acadêmico, Novo Hamburgo, RS:FEEVALE, 2013.

Este trabalho contou com auxílio financeiro da Universidade da Amazônia.

III CONGRESSO DE PSICOLOGIA: as diversas faces do cuidar.
De 26 a 28 de abril de 2018. Belém – PA/
HANGAR – Centro de Convenções da Amazônia
Volume 03 – ISSN: 2526-527X
CADERNO DE TRABALHOS COMPLETOS
http://revistas.unama.br/index.php/anaispsicologia/index

AVALIAÇÃO DE PROCEDIMENTOS EM PESQUISA-AÇÃO E CONSTRUÇÃO DE TECNOLOGIA INTERVENTIVA ADAPTADA ÀS POPULAÇÕES LOCAIS

Rosângela Araújo Darwich
Ana Letícia de Moraes Nunes
Fernanda Monteiro Lima

INTRODUÇÃO

A cada fase do desenvolvimento humano, novas aprendizagens são acompanhadas por desafios de diferentes ordens. A importância de variáveis socioculturias para a construção da identidade é destacada na medida em que, assim como o conhecimento do mundo, o autoconhecimento é função social. A aquisição de comportamento verbal permite que o ser humano adquira consciência, inclusive de si mesmo e das interações que estabelece com os demais e com os diferentes contextos dos quais historicamente participa (SKINNER, 2003). Destaca-se, assim, uma relação fundamental entre desenvolvimento, aprendizagens e trocas sociais.

Considerando que problemas de toda ordem são esperadas ao longo da vida, torna-se importante o conhecimento de fatores de proteção que, estando presentes, favorecem a resolução e mesmo a prevenção de conflitos. Neste sentido, estudos realizados nas últimas décadas destacam a importância de um repertório bem estabelecido de habilidades sociais para que, diante de dificuldades interpessoais e individuais, sejam adotadas posturas assertivas e empáticas, com características criativas e proativas (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2011).

Para tanto, percebe-se a necessidade de estabelecimento de relações não coercitivas enquanto caminho para transformações coerentes com valores que prezam o bem-comum. Reconhecer a importância de tais relações, no entanto, não significa concretizá-las. Aliás, Kienen e Botomé (2007) destacam que as relações humanas trazem a coerção tão arraigada consigo que é difícil até mesmo imaginar um convívio livre de castigos, ameaças e medos.

Sidman (1989/2009) renova a importância do reforçamento positivo, uma dentre relação de contingência que demarca a ocorrência de trocas não coercitivas.

Neste caso, uma resposta de um indivíduo o coloca em contato com um estímulo reforçador, o qual aumenta a probabilidade de que respostas da mesma classe ocorram, futuramente, em circunstâncias semelhantes, além de, no momento presente, gerar emoções agradáveis. Toda experiência positivamente reforçadora

> pode nos ensinar novas formas de agir ou manter aquilo que já aprendemos, sem criar os subprodutos típicos da coerção – violência, agressão, opressão, depressão, inflexibilidade emocional e intelectual, autodestruição e destruição dos demais, ódio, doenças e estado geral de infelicidade (SIDMAN, 2009, p. 248).

Concluindo: “um pouco de prática de reforçamento positivo ajudará a nos convencer de que vale a pena tentar salvar nosso mundo” (SIDMAN, 2009, p. 250).

A pesquisa-ação “Grupos Vivenciais e Vida em Sociedade: uma Intervenção Interdisciplinar” está sendo implementada pelo Programa de Pós-Graduação, Linguagens e Cultura (PPGCLC) e pelos cursos de Psicologia e Serviço Social da Universidade da Amazônia (UNAMA), oportunizando a criação de espaços de discussão e reflexão que pretendem ser não coercitivos e, portanto, demarcados por respeito e convivência harmônica (DARWICH; GARCIA, 2017). Se desafios são inevitáveis ao longo de toda a vida, busca-se que sejam compreendidos como oportunidade de crescimento e superação. A pesquisa-ação, portanto, visa encontrar caminhos para prevenção e solução de problemas.

Neste estudo, o percurso percorrido em torno da formação de grupos vivencias é dividido em três semestres, entre 2017 e 2018. Objetiva-se avaliar as alterações realizadas nos procedimentos adotados em uma pesquisa-ação enquanto medida de criação de tecnologia interventiva interdisciplinar adaptada às peculiaridades regionais e dos grupos vivenciais formados em diferentes contextos. A alteração nas intervenções representa a busca de reconhecimento de relações com características não coercitivas, que podem ser identificadas por meio de seus efeitos em todos os envolvidos. Destaca-se, assim, um possível aprimoramento das habilidades sociais dos participantes.

METODOLOGIA

Tipo de Pesquisa

Este estudo corresponde a uma pesquisa descritiva e qualitativa, voltada aos procedimentos interventivos utilizados quando da realização de uma pesquisa-ação entre o primeiro semestre de 2017 e o de 2018. Tais procedimentos foram avaliados e revistos a cada encerramento de semestre, quando da finalização de um conjunto paralelo de grupos vivenciais constituídos em contextos específicos, conforme esperado em uma pesquisa-ação. A análise qualitativa permite que perspectivas individuais subsidiem a compreensão de contextos mais amplos (BECKET; BRYMAN, 2004; PRODANOV; FREITAS, 2013; TRIPP, 2005).

Nos grupos, utilizou-se o método vivencial nos moldes apresentados por Del Prette e Del Prette (2011), de modo que dinâmicas de grupo, complementadas por rodas de conversa, foram utilizadas com o intuito de favorecer a construção de habilidades sociais dos participantes.

Participantes

140 participantes compuseram oito grupos vivenciais em 2017, com idade variando entre 5 e 36 anos. No primeiro semestre de 2018, o total de participantes chegou a cerca de duzentos, entre 5 e 65 anos, integrando catorze grupos vivenciais.

Procedimento

Em todos os semestres, grupos vivenciais foram formados com crianças, adolescentes e jovens de escolas públicas de ensino fundamental e médio, sendo que, no segundo semestre de 2017, a estes foram acrescidos dois grupos voltados a crianças com queixa clínica, um composto por elas e outro, por seus respectivos responsáveis, na Clínica-Escola de Psicologia da UNAMA (CLIPSI). No primeiro semestre de 2018, além dos grupos nas escolas públicas e na CLIPSI, formaram-se dois grupos no contexto de organizações não governamentais, um em uma escola particular, e outro com jovens candidatas à Vida Religiosa Consagrada (primeira etapa: Aspirantado).

Os grupos vivenciais foram constituídos conforme a demanda, a partir de convites realizados em sala de aula ou diretamente com a gestão dos demais centros, não havendo critério de exclusão, considerando-se os universos prefixados.

No caso dos grupos na CLIPSI, responsáveis por crianças inscritas para realização de psicoterapia foram convidados por meio de contato telefônico.

Dinâmicas de grupo

No primeiro semestre de 2017, nos grupos vivenciais realizados em escolas foram utilizadas cinco dinâmicas de grupo adaptadas da literatura da área (DI PIERRO; ORTIZ, 2011; RANGÉ, 2008; ROJÃO et al., 2011) e duas de autoria do próprio grupo de pesquisa. No segundo semestre, outras três dinâmicas foram criadas, dando início à substituição daquelas oriundas da literatura. O conjunto de intervenções utilizadas nas escolas foi adaptado para o Grupo de Pais e o Grupo de Crianças, reunindo orientações diretas aos primeiros, segundo demanda e a partir de cada tema desenvolvido, e maior disponibilização de material lúdico, no caso das crianças.

Em 2018 tornou-se mais clara a caracterização dos procedimentos de campo, com dinâmicas de grupo e rodas de conversa criadas pelos pesquisadores por meio da utilização de textos literários, como poemas de Adélia Prado, Ferreira Gullar, Manoel de Barros, Fernando Pessoa e Erich Kästner, um conto de Heinrich Böll, e livros de autoria de Chico Buarque, Maíra Suertegarai, Patrícia Gebrim e Ziraldo. O contato com textos de autores de língua portuguesa e alemã culminou com a formação de um grupo de intercâmbio com a Evangelische Hochschule Freiburg (EHF), faculdade da Alemanha.

Complementarmente, músicas infantis também foram utilizadas e uma das dinâmicas derivou de fotografias das paredes de uma escola, dando acesso a pichações. Neste caso, os autores foram os próprios estudantes ou seus pares. Nos grupos vivenciais também foram treinadas técnicas de atenção plena (mindfulness) (SODRÉ, 2016).

Os temas de escolha variaram de acordo com as caraterísticas específicas de cada grupo vivencial, sendo, de modo geral, referentes a relações interpessoais, infância e futuro profissional, e bullying, preconceito e discriminação racial, sexual e de gênero.

Encontros dos grupos vivenciais

Os encontros dos grupos vivenciais são realizados com regularidade semanal, ao longo de cerca de dois meses, com uma hora de duração. No campo, conta-se com a presença de professoras e estudantes pesquisadores de Psicologia, Serviço Social e do PPGCLC, em consonância com a proposta de interdisciplinaridade. Os estudantes assumem funções diversas, desde o preenchimento de materiais de registro à distribuição e organização dos materiais utilizados e ao envolvimento direto com as demandas de cada grupo, no sentido de oferecimento de *feedback* e de disponibilização da ajuda que se fizer necessária. Nos casos em que professores não compõem o grupo, um dos estudantes coordena as atividades.

No caso específico do Grupo de Pais e do Grupo de Crianças são realizados encontros paralelos dos dois grupos ou encontros conjuntos, reunindo o total de participantes e aproximando as famílias, o que enriquece a coleta de informações acerca de todos os envolvidos.

As professoras também são responsáveis por orientações e supervisões semanais do grupo de estudantes, que triplicou entre o início de 2017 e 2018, quando cerca de quarenta estudantes se encontram em atividade de campo. O número de bolsistas da pesquisa também aumentou, passando de três para sete. Assim sendo, para além de grupos vivencias de campo, são formados grupos vivenciais de trabalho, ou seja, de supervisão e troca de ideias.

No segundo semestre de 2017 foi dado início a um grupo de estudos, o grupo “Psicologia e Literatura”, em que o autoconhecimento dos estudantes pesquisadores é fomentado e a eles é disponibilizado espaço de reflexão e escuta semelhante àquele que proporcionam aos participantes, em campo. O grupo de estudos é aberto a todos os estudantes, mesmo àqueles que não participam da pesquisa.

Análise de dados e reflexões acerca do processo

Utiliza-se, como parâmetro para a análise dos procedimentos adotados, a construção e o fortalecimento de habilidades sociais dos participantes. Em torno das habilidades sociais são compreendidos vários outros repertórios comportamentais, que delas se desdobram, como autoconhecimento, autoestima, autoconfiança e, enfim, habilidades de autorreferência, de modo geral. Os registros semanais abarcam respostas individuais e observações sobre o grupo vivencial em questão,

constituindo a base para a verificação de variações na frequência e na qualidade das verbalizações dos participantes em relação à postura adotada por cada um deles no grupo.

Mais especificamente, são consideradas variáveis como engajamento e concentração dos participantes nas dinâmicas de grupo e rodas de conversa, demonstração de reflexões por meio de perguntas e busca de pensamentos alternativos, e descrições de ocorrências de mudança.

Nos encontros semanais de supervisão dos estudantes pesquisadores, bem como da finalização de cada grupo vivencial, os procedimentos utilizados são discutidos e, sempre que necessário, revistos.

Para além das dinâmicas e rodas de conversa, todo encontro pretende ser a concretização de um espaço não coercitivo. Somadas as experiências com tal qualidade, é esperado que a postura de assertividade e empatia, e, portanto, de respeito e solidariedade, se generalize a outros ambientes. Para tanto, lança-se mão de reforço social como consequência a posicionamentos adotados pelos participantes, mas também direcionados ao próprio contato que se estabelece. Afeto e limites, em meio a regras compartilhadas, embasam vivências que reproduzem situações cotidianas de uma ótica muitas vezes nova aos participantes.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A diversificação na configuração dos grupos vivenciais, a cada semestre, tem representado uma ampliação dos procedimentos adotados a contextos diferenciados, o que exige, além de revisões e inovações, ajustamentos às características específicas de cada conjunto de participantes. As dinâmicas de grupo utilizadas, embora diferenciadas devido à faixa etária e outras características predominantes dos participantes, têm sido derivadas de mesmos textos literários, o que permitirá avaliações futuras acerca dos autores escolhidos.

As alterações realizadas nos procedimentos adotados refletem a necessidade de adaptação de teorias aos indivíduos às quais se destinam, e não do movimento contrário, em que conhecimentos cientificamente embasados seriam vistos como

definitivos, independentemente da realidade própria de cada pessoa ou agrupamento social.

Destaca-se, principalmente, a relação que se estabelece entre literatura e construção de habilidades básicas, aliando revisões pessoais e construção de repertório comportamental ao incentivo à leitura. Complementarmente, espaços de treinamento aos pesquisadores e de cuidado para com eles também foram ampliados. Alianças interinstitucionais, nacionais e internacionais, estão sendo firmadas e fortalecidas ao longo do processo, sendo mais um indicador de ampliação na troca de conhecimentos necessários para os passos seguintes.

CONCLUSÃO

Percebe-se como positivos os passos que foram dados em direção à construção de espaços de multiplicação da adoção de posturas não coercitivas, ampliadoras do bem-estar individual e social, e fortalecedoras da construção da cidadania. Com as inovações nos procedimentos adotados, a pesquisa-ação implementada, além de constituir uma oportunidade de integração entre sociedade e diferentes cursos de graduação e pós-graduação, passou a aliar o favorecimento de habilidades sociais dos participantes ao incentivo à leitura.

Reunir o ato de ler ao contato com reforçamento positivo, no entanto, permanece como desafio em uma sociedade que insiste em repetir que a leitura é uma atividade acadêmica oposta às noções de prazer e diversão. Paradoxalmente, ler permanece sendo apresentado como um valor, um bem maior, algo que distingue o indivíduo e o dignifica.

Regras são fundamentais, pois descrevem relações de contingência, favorecendo a aprendizagem que, assim, independe de experiência própria. Seguindo conselhos, por exemplo, evitamos perigos e chegamos mais rapidamente aos resultados desejados (MATOS, 2001). No entanto, um dito popular (regra), já afirma: contra fatos não há argumentos. A experiência permanece fundamental. Em grupos vivenciais não se afirma a importância da leitura – ela é concretizada e abre espaço a compartilhamentos de reflexões acerca do contato com diferentes emoções

que dela derivam e da adoção de perspectivas diferentes. A leitura, assim, retorna ao espaço mágico que lhe é de direito.

Tomar parte em dinâmicas de grupo e rodas de conversa sobre diferentes temas e com leituras em grupo seria a resposta que se busca para a constituição de relações não coercitivas? Respeito e valorização da individualidade de cada um, espaço para concordâncias e discordâncias, possibilidade de apresentação de atos simples, como falar, ouvir e ser ouvido caracterizam contato com reforçamento positivo por todos os envolvidos e, assim, relações não coercitivas. No entanto, de acordo com Skinner (2003), todo indivíduo é único e o que é positivamente reforçador varia muito entre as pessoas e até entre diferentes momentos e contextos ao longo da vida. A questão fundamental permanece, pois é preciso saber quais temas, quais textos, quais tons de voz, quais pausas, quais formas de elogio e olhares de apoio fazem sentido para cada grupo e mesmo para cada pessoa.

A avaliação de procedimentos que objetivam a construção de trocas sociais não coercitivas em um mundo em que elas ainda são raras permite, como na pesquisa-ação investigada neste estudo, que procedimentos já conhecidos abram espaço à criação de outras, em um percurso de adaptação às populações locais.

A busca de uma tecnologia interventiva que se mostre eficiente a uma dada região, no entanto, não representa simplesmente possibilidade de descrição de novas regras acerca do comportamento humano, mas uma concretização da proposta de que é preciso acreditar nas experiências positivamente reforçadoras que cada indivíduo pode criar para si próprio e para aqueles que o cercam. A busca é também convite para um convívio social que, sendo produto de ações individuais, represente escolhas que favorecem e engrandecem todos os envolvidos.

REFERÊNCIAS

DARWICH, R. A. D.; GARCIA, M. L. D. G. Adolescentes em contexto escolar: uma ponte entre relações de gênero e relações sociais. *Anais eletrônicos do Seminário Internacional Fazendo Gênero 11 & 13th Women's Worlds Congress*, Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2017.

DEL PRETTE, A.; DEL PRETTE, Z. *Habilidades sociais*: intervenções efetivas em grupo. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011.

DI PIERRO, G.; ORTIZ, M. *Gênero fora da caixa*: guia prático para educadores e educadoras. Projeto Juventude, Gênero e Espaço Público. São Paulo: EMpower, 2011.

KIENEN, N.; BOTOMÉ, S. P. Assédio moral: A coerção tem muitos graus. *Psicologia Organizações e Trabalho*, v. 7, n. 1, p. 181-185, 2007.

MATOS, M. A. Comportamento governado por regras. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, v. 3, n. 2, p. 51-66, 2001.

PRODANOV, C. C.; FREITAS, E. C. *Metodologia do trabalho científico*: Métodos e Técnicas da Pesquisa e do Trabalho Acadêmico, Novo Hamburgo, RS:FEEVALE, 2013.

RANGÉ. B. Tratamento cognitivo-comportamental para o transtorno de pânico e agorafobia: uma história de 35 anos. *Estudos de Psicologia* (Campinas), v. 25, n. 4, p. 477-486, 2008.

ROJÃO, G., et al. *Coolkit*: Jogos para a Não-Violência e Igualdade de Género. Covilhã: COOLABORA, 2011.

SIDMAN, M. *Coerção e suas implicações*. Campinas, SP: Livro Pleno, 2009.

SODRÉ, J. L. *Baralho Mindfulness*: o jogo da atenção plena. Novo Hamburgo: Sinopsys, 2016.

SKINNER, B. F. *Ciência e comportamento humano*. São Paulo: Martins Fontes, 2003.

Este trabalho contou com auxílio financeiro da Universidade da Amazônia.

III CONGRESSO DE PSICOLOGIA: as diversas faces do cuidar.
De 26 a 28 de abril de 2018. Belém – PA/
HANGAR – Centro de Convenções da Amazônia
Volume 03 – ISSN: 2526-527X
CADERNO DE TRABALHOS COMPLETOS
http://revistas.unama.br/index.php/anaispsicologia/index

CUIDADOS PALIATIVOS SOB O OLHAR DA GESTALT-TERAPIA

Letícia Oliveira Vasconcelos – leti.olive412@gmail.com

Cíntia Mara Lavratti

INTRODUÇÃO

O tema da morte sempre foi algo gerador de muitas indagações para a humanidade. A morte e as perdas decorrentes dela são parte integrante da vida e inerente ao ser humano. Entretanto, ao ter que lidar com a perda e com a dor, é possível perceber nossas limitações e aprender a conviver com a ausência de entes queridos. Não é um processo fácil, mas dá a chance de poder superar adversidades, levando a uma forma mais autêntica de existir ao aprender com essas experiências (MARTINS, 2014).

Com os avanços da medicina, hoje em dia, é possível prolongar mais a vida, não só viver mais como também com mais qualidade e bem-estar. Portanto, vê-se, atualmente, um número maior de idosos chegando a idades avançadas ainda com saúde, enquanto que, antigamente, as pessoas morriam mais jovens. Porém, também aumentou o número de casos de doenças crônicas e tumores relacionados à velhice. Kübler-Ross (1996, p. 14) afirma: “quando retrocedemos no tempo e estudamos culturas e povos antigos, temos a impressão de que o homem sempre abominou a morte e, provavelmente, sempre a repelirá”.

Desde os tempos passados, o ser humano sempre possuiu um temor pela morte, por esta colocá-lo diante de sua finitude. Porém, para a maioria das pessoas, a ideia de um fim real da existência é inconcebível, pois ainda se tem muitas debilidades ao lidar com o vazio de não existir, de ser “apagado” da vida terrena para sempre. Por conta disso, muitos se agarram à ideia de existir uma vida após a morte, uma continuação. Segundo Cassorla (1992 apud PRESTRELO, 2001), o medo da morte está ligado ao medo do desconhecido. Este nos apavora, pois coloca as pessoas num lugar onde se sentem reféns de algo fora de controle, por isso, a angústia e o medo por não saber qual fim se terá ou quando ir-se-á chegar ao processo de finitude.

A partir destes contornos de dificuldade em encarar a morte, o homem cria teorias que podem estar corretas ou não, como basear-se na fé religiosa ou na ciência, para buscar respostas para suas dúvidas e questionamentos, na tentativa de elaborar especulações, tentando preencher esse vazio do não-saber (PRESTRELO, 2001).

A morte, especialmente na cultura ocidental, é atrelada a uma imagem negativa; é vista como algo maligno; “constitui ainda um acontecimento medonho, pavoroso, um modelo universal, mesmo sabendo que se pode dominá-lo em vários níveis” (KÜBLER-ROSS, 1996, p. 17). Ao longo do tempo o que mudou foi apenas a maneira de conviver com a morte e lidar com ela e com os pacientes terminais.

O paciente que se encontra com uma doença crônica, sem possibilidade de cura ou em fase terminal entra em Cuidados Paliativos. Este consiste em ser o processo de cuidado e atenção voltados a este paciente com o objetivo de proporcionar-lhe uma qualidade de vida, bem-estar e conforto até o seu momento final, ao redor de seus familiares; alívio dos sintomas da doença e preservação da sua dignidade para que possa ter o máximo de autonomia diante da situação de adoecimento. (CASTRO, 2012).

OBJETIVO

Este trabalho busca apresentar uma pesquisa acerca da relação entre a temática sobre Cuidados Paliativos, perdas, luto, a morte e o morrer sob o ponto de vista da teoria gestáltica, ao analisar de que forma a área de intervenção terapêutica dos Cuidados Paliativos pode se relacionar com os conceitos da abordagem gestáltica.

METODOLOGIA

Foi feito um levantamento bibliográfico na busca de literatura impressa e artigos científicos nas plataformas online (*Pepsic*, *Scielo* e Google Acadêmico) e na revista virtual IGT na Rede, utilizando os descritores: “cuidados paliativos” e “gestalt-terapia”.

Foram selecionados os artigos que atendiam aos seguintes critérios: estar completos, publicados em língua portuguesa e apresentar reflexões acerca da temática escolhida para ser explanada neste trabalho. Foram excluídos os de língua estrangeira; os que não estavam completos e os que não se enquadravam nos critérios expostos no objetivo.

Foram catalogados 19 artigos sobre a temática "Cuidados Paliativos". Destes, foram lidos cinco artigos: um que apresenta a perspectiva fenomenológica: "*Reflexões sobre a postura fenomenológica diante do morrer*", outro que apresenta uma reflexão existencial humanista: "*Uma reflexão existencial humanista sobre a relação de pacientes terminais com a morte iminente*" e quatro que se baseiam na perspectiva da abordagem gestáltica: "*Cuidando da pessoa com câncer: Contribuições da Gestalt-Terapia*"; "*Vida e Morte – a dialética do humano sob uma perspectiva gestáltica*"; "*Contribuições da Gestalt-terapia no enfrentamento das perdas e da morte*" e "*Psico-oncologia e Gestalt-terapia: uma Comunicação Possível e Necessária*".

Foram escolhidos para fundamentar a pesquisa apenas três artigos, por falarem mais especificamente da abordagem gestáltica, relacionando-a com os temas de perdas, luto, morte e Cuidados Paliativos: "*Cuidando da pessoa com câncer: Contribuições da Gestalt-Terapia*"; "*Vida e Morte – a dialética do humano sob uma perspectiva gestáltica*"; "*Contribuições da Gestalt-terapia no enfrentamento das perdas e da morte*".

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para a Gestalt-terapia, aprende-se sobre o mundo ao experienciá-lo. Porém, não se pode ter a experiência da morte enquanto se estiver vivo, e se só se apreende os significados dos fenômenos, só se pode dar sentido através da experiência. A única maneira de entrar em contato com a morte é ao lidar com a perda física ou simbólica de algo ou de alguém, mas não de nós mesmos (PRESTRELO, 2001).

Segundo Prestrelo (2001), "lidar com a morte implica em concretizações simbólicas advindas do imaginário cultural no qual estamos inseridos. Cultura essa que norteia sentimentos e rituais, normatizando-os através dos tempos" (p. 4).

Portanto, a forma de lidar com a morte é influenciada pelo contexto atual em que o sujeito se insere, visto que somos “seres-no-mundo”, e não vivemos isolados do meio social. Na contemporaneidade, tenta-se evitar o máximo o processo de morrer, até mesmo o envelhecimento é visto como negativo. Portanto, esse distanciamento pode ser algo singular do nosso tempo.

Na Idade Média, era permitido expressar os sentimentos diante de uma perda. Com a ascensão da Igreja, essas expressões foram sendo contidas, tomando contornos de rituais próprios. No século XIX, instala-se a idealização de uma morte romantizada e tida como insuportável por se tratar da perda de um ente querido. Já no século XX, a morte passa a ser considerada como algo vergonhoso, que deve ser escondido por representar o fracasso da humanidade perante o seu fim inevitável. Portanto, qualquer expressão de dor, sofrimento manifestadas pela perda passa a ser vista como sinal de fraqueza e devem ser controladas e suprimidas (PRESTRELO, 2001).

Ao passar por uma situação de perda, seja a perda de um ente querido ou a perda da própria saúde, o processo de luto pode ser doloroso, trazendo muito sofrimento. Martins (2014) pontua que a Gestalt-terapia pode ajudar na superação desse sofrimento ao levar o indivíduo à conscientização, para que, assim, vá a procura do melhor caminho de resolução e, nesse sentido, possa ir em direção a uma forma saudável de superar situações como essas e de se desenvolver plenamente, renovando-se e se reinventando para novas situações que possam emergir durante a vida.

Segundo Silva (2007 apud MARTINS, 2014), o “vir a ser” da pessoa, o construir de sua existência, é limitado pelas condições físicas de tempo e espaço: não se pode voltar ao passado, fisicamente, nem saber de antemão o que acontecerá no futuro, só se pode viver no presente. Portanto, a possibilidade do fim de sua existência leva o indivíduo para a tomada de consciência de que só podem vivenciar e ter experiências no aqui e agora.

Desse modo, o sujeito se desperta para a responsabilidade de suas escolhas, podendo buscar uma vida mais autêntica, uma forma de viver mais íntegra e mais comprometida com suas próprias necessidades. O processo de *awareness* pode

ajudá-lo nessa compreensão ao levá-lo a ter um contato mais pleno com suas necessidades, com seus sentimentos presentes no aqui-e-agora, emergidos e manifestados de maneira espontânea (MARTINS, 2014).

Ao aprender a viver de forma mais plena e consciente, é possível para a pessoa finalizar situações inacabadas, resolvendo questões do passado que a impediam de se atualizar e de olhar para a vida no momento presente. A perspectiva gestáltica nos revela a crença de que o homem constrói seu próprio caminho, seu próprio existir, e se constrói nas relações estabelecidas com o mundo.

Prestrelo (2001) afirma que, no mundo contemporâneo, vivencia-se um modelo normativo no cuidado à saúde, no qual se valoriza o processo de causa e efeito para lidar com a saúde e as doenças, o que se mostra como oposto à visão gestáltica, já que está nos remete a um estudo fenomenológico, pois se trabalha com o que se apresenta no momento, com o “como” e não com o “por que”.

Ao mesmo tempo tem-se a responsabilidade pela própria higiene e cuidados com a saúde de forma privativa e individualizada. Também há a dependência dos especialistas, profissionais que têm a função de curar as doenças, não sendo assim reconhecido o poder interventivo do gestalt-terapeuta. O trabalho deste se faz importante, pois irá conduzir o paciente à elaboração de ajustamentos mais coerentes às suas necessidades ao proporcionar um espaço de afirmação de sua existência e ao possibilitá-lo atingir o processo de *awareness*, de ampliação de sua consciência. Desse modo, ele poderá fazer ajustamentos criativos, os quais o leve a satisfazer suas necessidades de forma saudável e funcional. (PRESTRELO, 2001)

Entende-se ajustamentos criativos como formas de se ajustar ao meio que sofrem diversas influências durante a vida, podendo ser digeridas com criticidade ou não. Tais ajustamentos devem estar de acordo com nossas necessidades e coerentes com as possibilidades que se apresentam no momento para serem fluidos, caso contrário, serão formas de se ajustar disfuncionais. A maneira de se lidar com a morte e o morrer está relacionada com os ajustamentos feitos ao longo da vida. Estes dependem das influencias do meio e de que como elas são elaboradas (PRESTRELO, 2001).

O corpo se manifesta por meio de sintomas para sinalizar quando algo está errado. Pode-se considerar este um modo de se autorregular, no sentido de buscar um reequilíbrio. Sob tal ponto de vista, a doença pode ser considerada como um desequilíbrio do corpo que se prolongou; uma perda da homeostase - algumas vezes, ocorre pela alta exigência posta no organismo, o qual não se encontra preparado para suprir a necessidade de tal exigência. (CARDELLA, 2002; RIBEIRO, 2006 apud CASTRO, 2012).

Segundo Ribeiro (2006 apud CASTRO, 2012), quando surge um sintoma, pode significar que não há sintonia harmoniosa entre as partes. Para a teoria gestáltica, o todo não é meramente a soma de suas partes, ou seja, se uma das partes se encontra afetada, a totalidade também estará afetada. A emergência do sintoma pode indicar uma forma do organismo comunicar, emitir a mensagem de que algo não está saudável, e, por isso, o indivíduo não consegue se sentir bem por completo: fisicamente e psicologicamente.

O adoecimento pode estar relacionado a situações inacabadas, na maioria das vezes, “resultante de um contínuo de necessidades não satisfeitas e de um mecanismo de defesa habitual que se cristalizou, bloqueando o contato” (CARDELLA, 2002; CIORNAI, 2004; RIBEIRO, 2006 apud CASTRO, 2012, p. 55).

Castro (2012) pontua que a escolha de determinada maneira de enfrentamento dependerá dos valores carregados pelo indivíduo e construídos ao longo de sua história, de suas crenças, de seus recursos internos e socioambientais. Desse modo, o adoecer pode estar ligado a um ajustamento disfuncional, a uma parte desconexa do todo.

É importante que o terapeuta (assim como os outros profissionais da saúde também) conheça a história do paciente, para que possa chegar a compreensão do seu modo de vida, das relações estabelecidas por ele com o mundo, de seu momento existencial vivenciado no aqui-e-agora. Assim também buscar entender o significado atribuído por ele ao seu adoecimento, de que forma ele se relaciona com a sua doença por meio de seus valores e concepções (ANGERAMI-CAMON, 2001 apud CASTRO, 2012).

O gestalt-terapeuta irá se atentar para o que emerge no aqui-e-agora, observando e identificando mecanismos de defesa e de contato; tudo o que emergir como vivido, já que é diferente para cada indivíduo. Há maneiras singulares de cada paciente se relacionar e significar seu diagnóstico, sua doença e tais maneiras estão baseadas no contexto em que cada um se insere, de como o sujeito se percebe e percebe o mundo (CASTRO, 2012).

É dessa forma que o psicoterapeuta irá trabalhar ao trazer ao paciente novas ressignificações de suas limitações e de sua nova condição, ao ajudá-lo a estabelecer prioridades, hierarquizar suas necessidades, estabelecer ajustamentos criativos, ao explorar e compreender os sentidos relacionados aos sintomas apresentados pelo paciente e suas formas de contato com o contexto hospitalar (idem).

A gestalt-terapia traz um olhar diferenciado por não estabelecer uma fragmentação do ser humano em patologias, mas, sim, estar em busca de modos funcionais de resgatar recursos para o enfrentamento do contexto de adoecimento de forma saudável. E, dessa maneira, proporcionar ao paciente uma ampliação de sua visão ao enxergar essa situação como algo transformador (idem).

Deixa-se de se preocupar com questões do cotidiano, as prioridades passam a ser outras, pois o objetivo maior é recuperar sua saúde, mas para poder lidar com isso, o sujeito buscará recursos internos ou disponíveis no ambiente. Segundo Silva e Boaventura (2011 apud CASTRO, 2012), muitas vezes, ao se aproximar do paciente, o psicoterapeuta o encontra em profunda dor e sofrimento, servindo como depositário de toda essa angústia que o paralisa. É com essa carga emocional, com esses sentimentos que o trabalho terapêutico será realizado com o objetivo de estimular o enfrentamento do medo e da dor, de possibilitar o crescimento humano.

Para isso, é preciso o paciente se permitir mergulhar em seu próprio adoecimento, tentar compreender que mensagem seu organismo está tentando lhe dizer por meio dos sintomas, e, assim, pode se tornar possível estar aberto para novas possibilidades existenciais a partir do confronto com seus próprios impedimentos e evitações (GASPAR, 2004 apud CASTRO, 2012).

CONCLUSÃO

Percebe-se hoje uma tentativa de evitar a morte a todo custo e, atualmente, é possível se prolongar mais a vida por meio dos recursos tecnológicos. Porém, a morte é inerente à condição humana: faz parte do processo natural de desenvolvimento do ser humano. Esta sempre esteve em volta de mistérios, pois não há como saber o que irá acontecer depois, portanto, isso causa desespero ao homem - o medo do desconhecido.

Em torno da dificuldade de lidar com o seu próprio processo de finitude, o homem, então, cria teorias baseadas na fé ou na ciência para tentar preencher esse vazio. Mas, essa relação com a morte mudou ao longo dos anos, assim como também a forma de tratamento dos pacientes terminais.

Quando um paciente se encontra na fase terminal ou com uma doença sem cura, ele é redirecionado ao serviço de Cuidados Paliativos. O trabalho realizado pelo psicoterapeuta nesse campo é em busca de ajudar o paciente a superar e encontrar mecanismos de enfrentamento da doença, recursos para que possa ressignificar seu adoecimento como uma abertura para novas possibilidades. Para isso, é necessário que o terapeuta conheça a história de vida do paciente, sua forma de se relacionar com o mundo. Desse modo, será feito o trabalho, objetivando levar o sujeito à tomada de consciência do aqui-e-agora, a olhar para suas necessidades e possibilidades no momento presente, ter sua existência confirmada e viver de forma mais autêntica.

Para a abordagem gestáltica, se faz ajustamentos criativos fluidos, ao se posicionar diante de situações emergidas na vida, ao se empoderar e tomar as próprias decisões sobre o seu destino. Logo, esse pensamento contemporâneo de que nada se pode fazer para intervir no próprio tratamento, sendo este dependente apenas da atuação do profissional de saúde, não condiz com os preceitos da teoria gestáltica. Portanto, se é capaz sim de tomar as rédeas de sua vida. E, ao fazer isso, pode-se fazer o que for preciso para se levar a um conforto e ao bem estar, mesmo diante da proximidade da morte. É possível, então, ter um processo de finitude pacífico, de modo tranquilo e com a minimização do sofrimento e da dor.

Muitos pensam que não há nada mais a ser feito quando o paciente se encontra na situação de não haver cura para sua doença, porém, não é verdade; há muita coisa a ser feita, muitas possibilidades, dentre elas, proporcionar ao indivíduo a satisfação de ter um tratamento humanizado; de ser respeitado; afirmado em sua maneira de existir, de ser escutado empaticamente, de ser tratado com respeito em seus momentos finais e de ter suas necessidades atendidas dentro das possibilidades.

O fato de estar no fim da vida, não significa que não possua desejos e sonhos a serem realizados, projetos a serem construídos dentro do tempo restante de vida. É possível, sim, para ele, concretizar alguns de seus planos e, dessa maneira, ressignificar a morte; vê-la como uma chance de finalizar projetos, fechar *gestalts*, resolver situações inacabadas; para que possa, enfim, encarar a terminalidade em paz.

REFERÊNCIAS

CASTRO, Emily Antunes de; DE SOUZA, Airle. Cuidando da pessoa com câncer: contribuições da Gestalt-Terapia. **IGT na Rede**, Rio de Janeiro, RJ, 9.16, 22 07 2012. Disponível em: <http://www.igt.psc.br/ojs/viewarticle.php?id=367>. Acesso em: 23/03/2018.

KÜBLER-ROSS, Elisabeth. Sobre a morte e o morrer: o que os doentes têm a ensinar a médicos, enfermeiros, religiosos e seus próprios parentes. 7ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 1996.

MARTINS, Marize; LIMA, Patrícia Valle de Albuquerque. Contribuições da Gestalt-terapia no enfrentamento das perdas e da morte. **IGT na Rede**, Brasília, DF, 11.20, 2014. Disponível em: <https://www.igt.psc.br/revistas/seer/ojs/viewarticle.php?id=483>. Acesso em: 23/03/2018.

PRESTRELO, Eleonôra Torres. **Vida e Morte – a dialética do humano sob uma perspectiva gestáltica.** Artigo apresentado no VII Encontro Nacional de Gestalt-Terapia / V Congresso Brasileiro da Abordagem Gestáltica. Fortaleza, 2001.