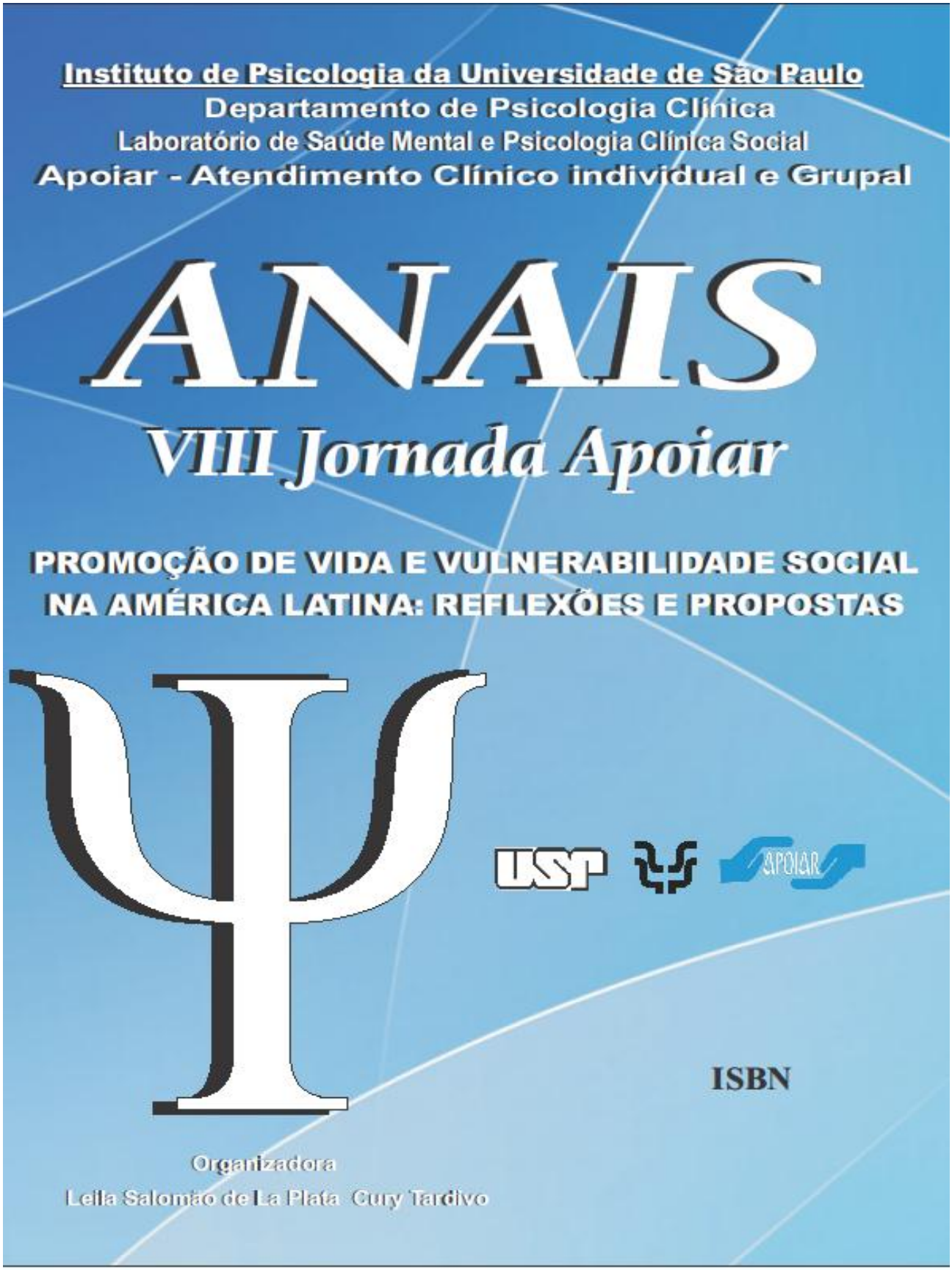


ISBN: 978-85-86736-44-5

VIII JORNADA APOIAR

PROMOÇÃO DE VIDA E VULNERABILIDADE SOCIAL NA AMÉRICA LATINA: REFLEXÕES E PROPOSTAS

REALIZAÇÃO

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

PRÓ REITORIA DE CULTURA E EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA DA USP

PRÓ REITORIA DE PÓS GRADUAÇÃO DA USP

INSTITUTO DE PSICOLOGIA DA USP

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA CLÍNICA

LABORATÓRIOD E SAÚDE MENTAL E PSICOLOGIA CLÍNICA SOCIAL

Apoio

Vetor Editora Psicopedagógica;

Restaurante Dom Camilo;

ViVa Frut

Livraria Moderna

Diana Atacadista

Oranização: Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo

ISBN 978-85-86736-44-5

9 788586 736445

Catalogação na publicação

Biblioteca Dante Moreira Leite

Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo

VIII Jornada APOIAR (8.: 2010: São Paulo)

Caderno de anais da VIII Jornada APOIAR: promoção de vida e vulnerabilidade social na América Latina: reflexões propostas, realizada em 3 de novembro de 2010 em São Paulo, SP, Brasil / organizado por Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo. - São Paulo: IPUSP, 2010.

CD

Inclui bibliografia.

ISBN : 978-85-86736-44-5

1. Psicologia clínica 2. Qualidade de vida 3. Comportamento de risco 4. Risco I. Título.

RC467

APRESENTAÇÃO DA VIII JORNADA APOIAR: PROMOÇÃO DE VIDA E VULNERABILIDADE SOCIAL NA AMÉRICA LATINA: REFLEXÕES E PROPOSTAS

Esse caderno de Anais reúne as comunicações realizadas na oitava Jornada que foi realizada no dia 3 de dezembro de 2010, na Universidade de São Paulo, na Cidade Universitária, São Paulo.

A Jornada APOIAR é desenvolvida pela equipe do LABORATÓRIO DE SAÚDE MENTAL E PSICOLOGIA CLÍNICA SOCIAL (PSC DO IPUSP), sempre realizada sem ônus aos participantes, tendo sempre um número significativo de assistentes e pesquisadores, e desde o ano de 2008 transmitido ao vivo, on line, pelo sistema IPTV.

O APOIAR, amplo projeto inserido no Laboratório,criado em 2002, foi consolidado em 2003, e desde então realizamos Jornadas temáticas, uma por ano. Em todas estas contamos com palestrantes convidados de instituições, universidades e organizações, de outros Estados e também de outros países. Desde 2003 são realizadas os encontros anuais, as conhecidas Jornadas APOIAR:

A I Jornada APOIAR, realizada em 2003, *Fundamentos e Propostas*, tinha como finalidade apresentar para a comunidade em geral e para o Instituto de Psicologia da USP nossas propostas, atendimentos diferenciados no IPUSP e as parcerias que estavam, assim, em seu início. (Tardivo e Gil, 2003).[1]

Em 2004 a segunda Jornada versou exclusivamente sobre *Projetos ligados à saúde mental*, tendo sido somente realizada no âmbito do IPUSP, com a presença do Prof Dr. Roberto Tikanori, importante lutador pela Reforma Psiquiátrica em nosso meio, o qual retornou m 2007, na V Jornada.

A III Jornada, em 2005, com o tema *Atendimentos Clínicos Diferenciados e Inclusão: o Papel da Psicologia Clínica Social* teve a presença do Sub secretário de Saúde mental, da cidade, o Prof. Dr. Khalil Dualib. Em Jornada aberta apresentamos

[1] TARDIVO, L.S.P.C. e GIL. C A –(org.) Anais da I Jornada APOIAR ; FUNDAMENTOS PROPOSTAS DE ATENDIMENTO– Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, 29 de novembro de 2003 .

trabalhos e projetos desenvolvidos no APOIAR, com resultados já conseguidos. (Tardivo e Gil, 2005).[2]

A IV Jornada, em 2006, teve como tema: *Infância, Sofrimento Emocional e a Clínica Contemporânea.* Discutimos temas ligados à Criança e ao Adolescente de nosso meio, em situação de sofrimento. Contamos com a participação efetiva do Professor Associado Dr. Francisco Assumpção Jr., que veio enriquecer enormemente o Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social, com o Projeto Distúrbios do Desenvolvimento. (Tardivo, 2006)[3]

Em 2007, realizamos a V Jornada, tratamos do tema *Saúde Mental nos ciclos da vida e co*ntou com a participação de professores de outras instituições brasileiras, como Maria Amelia Vampre e o Prof Lippi. Destacamos a presença do Professor Emérito Dr Mauricio Knobel, grande nome da Psicopatologia e da Psicanálise, que com suas aulas e livros formou gerações de psicólogos e outros profissionais, tendo sido essa a última apresentação do mestre que nos deixou pouco depois. Nessa Jornada reunimos os textos das apresentações todas, incluindo os pôsteres em Livro de Anais. (Tardivo, 2007)[4]

No ano de 2008, a VI Jornada tratou do tema: *Saúde Mental E Violência: Contribuições no Campo da Psicologia Clínica Social.* Discutimos esse tema a partir de projetos desenvolvidos no Laboratório e nas parcerias que lidam diretamente com a área. As parcerias foram se ampliando na direção de outras universidades, e recebemos docentes destas e também de fora de nosso país. Contamos com a participação da Dra Rosa Inês Colombo da Universidade de Buenos Aires (UBA) , que retornas esse ano, e com o Dr. Thamy Ayouch, Professor da Universidade Lille 3, França. Todos esses trabalhos, pesquisas e projetos, incluindo temas diversos ligados à saúde mental, foram apresentados e publicados em Anais [5]

---

[2] TARDIVO, L. S. L. P. C. ; GIL, C. A. (Org.)Anais da III Jornada Apoiar - Atendimentos Clínicos Diferenciados e Inclusão: o Papel da Psicologia Clínica Social. São Paulo: Instituto de Psicologia da USP, 2005.

[3] TARDIVO, L. S. L. P. C.. (Org.). Caderno de Anais da IV Jornada APOIAR - Infância, sofrimento emocional e a clínica contemporânea. Instituto de Psicologia da USP São Paulo, 2006.

[4] TARDIVO, L. S. L. P. C.: (Org) Anais da V Jornada APOIAR - Saúde Mental nos Ciclos da Vida, 2007, São Paulo, Instituto de Psicologia da USP São Paulo: 2007.

[5] TARDIVO, L.S.L.P.C. (Org.) Caderno de anais da VI jornada APOIAR: Saúde mental e violência: contribuições no campo da psicologia clínica social, Instituto de Psicologia da USP, São Paulo, 2008

No ano passado realizamos a VII Jornada APOIAR, com o tema: SAÚDE MENTAL E ENQUADRES GRUPAIS: A PESQUISA E A CLÍNICA. Por se tratar de área extremamente relevante nos dias de hoje ; vimos estudando, pesquisando, buscando desenvolver enquadres diferenciados que se apresentem eficazes em face da intensa demanda que a clínica impõe. Contamos com a participação do Prof. Dr. André Sirota, Professor Emérito da Université de Paris X - Nanterre, integrante do *Laboratoire des Atteints Somatiques et Identitaires- LASI*. E também com o Prof. Dr. David Zimerman, importante psicanalista de nosso meio, que veio do Rio Grande do Sul que abordou o tema "*Fatores que determinam uma boa ou má qualidade de vida*. Apresentamos uma mesa com Enquadres Diferenciados na Clínica Winnicottiana, com as propostas de nosso grupo já desenvolvidas e em projeto dentro do APOIAR; e colegas trouxeram suas contribuições. Houve mais de 60 trabalhos apresentados como pôsteres e tivemos mais de 500 participantes , sendo que toda essa produção deu origem ao uma publicação doada a todos os presentes e que está na Biblioteca do IPUSP assim como é disponibilizada no site (www.leilatardivo.com.br).[6]

Todos os anos, e o mesmo ocorre nesse ano, é aberto um espaço para a divulgação de trabalhos desenvolvidos por membros, estudantes, de outros Laboratórios do IPUSP e seus orientadores. E contamos também com trabalhos e projetos (apresentados na forma de painéis) de estudantes e pesquisadores de outras universidades e instituições, sendo que essa participação mais ampla de trabalhos se apresenta como uma decorrência do desenvolvimento que vem ocorrendo nesse evento que chega a sua oitava edição

O APOIAR vem desenvolvendo sua função de forma coerente com a vocação da universidade pública, ou seja: visa a produção de conhecimentos, à formação, e à prestação de serviços à comunidade. Essa VIII Jornada manifesta muito vivamente esse tríplice vocação. Nesse ano, recebemos profissionais e estudantes da USP e de outras faculdades de nosso Estado, além de pessoas da comunidade preocupados com o tema que a VIII Jornada enfoca: a vulnerabilidade social, em especial de crianças e adolescentes, no Brasil e em outros países da América Latina.

---

[6] TARDIVO, L.S.L.P.C. (Org.) Caderno de Anais da VII jornada APOIAR: saúde mental e enquadres grupais: a pesquisa e a clínica, Instituto de Psicologia da USP, São Paulo, 2009

Como convidada temos a presença da Dra Rosa Inês Colombo, docente e pesquisadora da Faculdade de Psicologia da Universidade de Buenos Aires. Trata-se de reconhecida pesquisadora da área do Psicodiagnóstico e da Intervenção clínica, em especial de crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica. A Dra Rosa Colombo mantém um intercâmbio conosco, na elaboração de projetos de pesquisa em conjunto, em especial no trabalho com técnicas que favorecem a compreensão do fenômeno da violência em nossas populações Ela tem como participações: uma apresentação na Mesa redonda que trata do tema central do evento, e ministra uma conferência que trata de resultados de pesquisas que vem desenvolvendo na Argentina com a Técnica projetiva gráfica(HTP) evidenciando indicadores de vulnerabilidade na mesma. (são inseridos resumos dessas apresentações).

Também deveremos contar com a participação da Dra Ana Vergara, docente da Universidade Diego Portales de Santiago do Chile, com a qual estabelecemos um intercâmbio científico (entre as Universidades) que vem gerando atividades conjuntas , como recepção de estudantes e professores. A Dra Ana Vergara participa com a Dra Rosa Colombo e conosco da mesa Redonda que tratará do tema: Grupos de Risco de crianças e adolescentes em países da América Latina: o papel da Psicologia. Ela também dará uma conferência , que mostra os resultados de uma investigação sobre as Bases conceituais e metodológicas sobre os discursos de meninos e meninas sobre a infância. (inserimos os resumos dessas comunicações).

Esse ano temos a apresentação da FUNDHAS (Fundação Hélio Augusto de Souza) de São José dos Campos, que tem como principal objetivo e com respaldo no ECA (Estatuto da Criança e do Adolescente) atender crianças e adolescentes de 7 a 18 anos em situação de vulnerabilidade social e econômica. E a apresentação do AMA - Adolescentes Multiplicadores de Atitudes, sendo que os adolescentes fazem uma apresentação artística cultural, e ainda uma exposição de quadros pintados expostos na sala Ligia Assumpção Amaral da Biblioteca do IPUSP. Um resumo desse projeto é inserido nesse Caderno de Anais logo após os textos referentes às apresentações do período da manha

Na segunda mesa, do período da tarde, temos a participação de profissionais ligados a instituições e organizações que apresentam e desenvolvem propostas em nosso país, com resultados importantes, justamente junto a populações em situação de vulnerabilidade social. Esses profissionais têm vínculos com Universidades, desenvolvem

pesquisas, e em especial, trabalham junto à comunidade. Temos a comunicação do professor Luigi Bertoncini de São José dos Campos que aborda a questão da interdisciplinaridade na abordagem junto a esses grupos e traz como exemplos projetos que vem sendo desenvolvidos com sucesso a partir de contribuições das diversas áreas do poder público e da sociedade civil. A psicóloga Marli de Oliveira traz o Projeto desenvolvido por ela e equipe na Liga Solidária, e que com o Religar vem trabalhando junto à comunidade, com profissionais de diversas áreas, em contato direto com as famílias do bairro, de forma a atuar na prevenção da violência. A Dra Sonia e o Dr. Yusaku Soussumi fundadores do Instituto Rukha, expõem todo o amplo trabalho que desenvolvem, o qual , com base numa visão transdisciplinar, propõe uma mudança de paradigma no trabalho junto a populações mais vulneráveis.

Artigos avaliados previamente pela Comissão Científica são apresentados na forma de painéis, expostos durante o evento na sala Ligia Assumpção Amaral na Biblioteca do IPUSP, sendo que uma hora é destinada à visita e ao diálogo com os autores que deverão estar junto de seus trabalhos expostos. Uma Comissão de docentes deverá também avalia-los e premiar os três melhores, de forma a estimular estudantes de graduação e pós graduação na importante atividade de divulgar seus trabalhos Essas comunicações tem seus textos publicados nesse caderno de Anais. Uma Comissão de Professores deverá premiar os três melhores pôsteres.

Decidimos aceitar duas formas de apresentação, para os pôsteres, os quais estão publicados na última parte desse Caderno. Temos inicialmente Trabalhos completos (de não mais de 10 laudas)sendo que iniciamos com os produzidos no APOIAR e na USP, depois os advindos de outras instituições e universidade. Em seguida, inserimos Resumos (com 200 palavras e palavras chaves), seguindo o mesmo procedimento, Todos os artigos contam com os nomes de seus autores bem como a instituição onde o trabalho foi desenvolvido; ou será , uma vez que foram aceitos projetos de pesquisa .

Os objetivos da VIII Jornada APOIAR, podem ser assim resumidos:

Apresentar e divulgar pesquisas e trazer reflexões a respeito dos grupos em situação de vulnerabilidade social no Brasil e em outros países da América Latina (Argentina e Chile)

Abrir um espaço de divulgação de propostas e trabalhos; desenvolvidas por organizações dedicadas à promoção e prevenção junto a grupos vulneráveis se constituindo ainda objeto de intercâmbio cientifico e profissional com todos os presentes.

Premiar os melhores trabalhos apresentados na forma de painéis, indicados por uma Comissão composta por Professores da Comissão Científica

Promover uma Plenária – um Fórum de discussão, ao final do evento, a partir da academia para a comunidade; onde deverão estar presentes todos os participantes da Jornada, bem como membros de organizações governamentais e não governamentais, estudantes, profissionais, enfim todos os assistentes, docentes do IPUSP, visando a criar, de fato uma oportunidade de crescimento, desenvolvimento e diálogo a todos os presentes.

A VIII Jornada APOIAR foi proposta dessa forma, como uma contribuição para que todos possamos, a partir de embasamento teórico sólido, desenvolver pesquisas e práticas éticas e responsáveis que possam vir de encontro ao tema que apresentamos: promoção de vida, assim que possamos de alguma forma promover a saúde mental, em sua acepção mais ampla.

Como nas edições anteriores o conteúdo das palestras, das mesas redondas, e dos painéis está reunido nessa publicação que ora é apresentada como um Caderno de Anais , com ISBN, e divulgada em CDs doados aos participantes.

Essa publicação expressa os trabalhos dos distintos autores, que são experientes pesquisadores e professores até estudantes mais jovens, todos que trazendo suas reflexões que nos estimulam a pensar e a desenvolver nossos trabalhos.

Desejo a todos que puderem estar conosco no dia 3 de dezembro um dia de muito trabalhos e desenvolvimento e a todos que recebem essa publicação uma boa leitura, na certeza de que as ideias aqui expostas poderão estimular o desenvolvimento de estudos, trabalhos e pesquisas tão necessárias na atuação de todos os que se dedicam ao cuidado das pessoas, de forma geral, e aos grupos vulneráveis, em especial.

Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo

Coordenadora do Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social

Presidente da Comissão Científica e da Comissão Organizadora da VIII JORNADA APOIAR

COMISSÃO CIENTÍFICA:

Presidente: Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo

Membros:

Tânia Maria Jose Aiello Vaisberg – PUC DE CAMPINAS e IPUSP

Francisco Baptista Assumpção Junior - IPUSP

Antonio Augusto Pinto Junior - Universidade Federal do Grande Dourados (MS)

Avelino Luiz Rodrigues – Instituto de Psicologia da USP

Claudia Aranha Gil

Elisa Maria Parahiba Campos – Instituto de Psicologia da USP

Elisa Yoshida – PUC DE CAMPINAS

Gláucia Ferreira de Menezes – Universidade Federal de Fortaleza

Lucilena Vagostello – Universidade São Judas

Marilia Martins Vizzotto - UMESP

Rosa Alonso – Universidade Mackenzie/ UNI FMU

Valeria Barbieri – FFCLRP - USP

COMISSÃO ORGANIZADORA:

Presidente: Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo

Membros:

Aline Tafner

Ana Angélica Roncolato

Laura Carmilo Granado

Marcelo Soares da Cruz

Lucia Valle

Márcia Aparecida Isaco de Souza

Maria Aparecida Colacique

Viviane Manfre

Comissão de Apoio

Estudantes de graduação do IPUSP

PROGRAMA – 3 DE DEZEMBRO DE 2010

8.00 h – Distribuição de material

8.30 h– Abertura: Prof. Dra.Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo – IPUSP (Coordenadora do APOIAR)

9.00 h – 1ª MESA: *GRUPOS DE RISCO DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM PAISES DA AMÉRICA LATINA: O PAPEL DA PSICOLOGIA*

Profa. Dra. Leila Cury Tardivo (IPUSP - Brasil)

Profa Dra Rosa Inês Colombo (Univesidad de Buenos Aires - Argentina)

Profa. Dra Ana Vergara (Universidad Diego Portales – Santiago Chile)

Coordenação: Coordenação: Prof. Dr. Antonio Augusto Pinto Junior – Universidade Federal da Grande Dourados
10.30 h – Perguntas

10.45 h – Intervalo- coffee break

11.00 h – CONFERÊNCIA – DRA ROSA INÊS COLOMBO - *ATUALIZAÇÃO E ADAPTAÇÃO DA TÉCNICA HTP NA ARGENTINA. INDICADORES DE VULNERABILIDADE EM DISTINTAS AMOSTRAS*

Coordenação - Profa. Dra. Leila Cury Tardivo

12.00 h – 13.00 h – Intervalo para almoço

13.00 h –14.00 h - VISITA AOS POSTERES (sala Ligia Assumpção Amaral na Biblioteca do IPUSP)

14.00 h– APRESENTAÇÃO ARTÍTICO CULTURAL DO GRUPO AMA - ADOLESCENTES MULTIPLICADORES DE ATITUDES E FUNDHAS (de São Jose dos Campos)

14.45 h – CONFERÊNCIA: DRA. ANA VERGARA: *BASES CONCEITUAIS E METODOLÓGICAS SOBRE OS DISCURSOS DE MENINOS E MENINAS SOBRE A INFÂNCIA*

Coordenação: Profa. Dra. Leila Cury Tardivo

15.30h – 2ª MESA: *PROPOSTAS DE ATUAÇÃO JUNTO A POPULAÇÕES EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE SOCIAL*

Sonia e Yusaku Soussumi (SBPSP e Instituto Rukha) *-Projeto Virada Social -uma proposta de trabalho do Instituto Rukha São Paulo*

Luigi Bertoncini (Professor, Consultor da Infância e Adolescência) *Visão interdisciplinar na perspectiva da política pública de prevenção*

Marli de Oliveira –(Projeto Religar - Liga Solidária - São Paulo) *Construindo Caminhos na Prevenção a Violência.*

Coordenação: Tânia Aiello Vaisberg (PUC Campinas e IPUSP)

17.00 h – PLENÁRIA - Fórum de discussão com membros da plateia e encerramento

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO DA VIII JORNADA APOIAR: PROMOÇÃO DE VIDA E VULNERABILIDADE SOCIAL NA AMÉRICA LATINA: REFLEXÕES E PROPOSTAS	Leila Cury Tardivo	4
PROGRAMA – 3 DE DEZEMBRO DE 2010		11
1ª MESA: *GRUPOS DE RISCO DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES I PAISES DA AMÉRICA LATINA: O PAPEL DA PSICOLOGIA*		20
GRUPOS DE RIESGO DE NIÑOS Y ADOLESCENTES EN PAISES DE LATINOAMERICA: EL ROL DE LA PSICOLOGIA	Rosa Inés Colombo	21
PONENCIA "LOS DISCURSOS DE LA INTERVENCIÓN SOCIAL CON NIÑOS: EL CASO DE CHILE	Ana Vergara	22
GRUPOS DE RISCO E VULNERABILIDADE SOCIAL NO BRASIL	Leila Cury Tardivo	23
CONFERÊNCIA ATUALIZAÇÃO E ADAPTAÇÃO DA TÉCNICA HTP NA ARGENTINA. INDICADORES DE VULNERABILIDADE EM DISTINTAS AMOSTRAS	Rosa Inés Colombo	27
ADOLESCENTES MULTIPLICADORES DE ATITUDES E FUNDHAS – FUNDAÇÃO HÉLIO AUGUSTO DE SOUZA	Ubiratan	28
CONFERÊNCIA: BASES CONCEITUAIS E METODOLÓGICAS SOBRE OS DISCURSOS DE MENINOS E MENINAS SOBRE A INFÂNCIA	Ana Vergara	42
2ª MESA: *PROPOSTAS DE ATUAÇÃO JUNTO A POPULAÇÕES EM SITUAÇÃO VULNERABILIDADE SOCIAL*		43
INSTITUTO RUKHA PROPOSTAS DE ATUAÇÃO JUNTO A POPULAÇÕES EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE SOCIAL- PROJETO VIRADA SOCIAL	Sonia Yusaku Soussumi	44
ALGUNS ASPECTOS DA PROPOSTA DE TRABALHO DO INSTITUTO RUKHA	Yusaku Soussumi	58
VISÃO INTERDISCIPLINAR NA PERSPECTIVA DA POLÍTICA PÚBLICA DE PREVENÇÃO	Luigi Bertoncini	64
CONSTRUINDO CAMINHOS NA PREVENÇÃO A VIOLÊNCIA.	Marli de Oliveira Eduardo José Pan	69
TRABALHOS APRESENTADOS NA SESSÃO DE POSTERES		74

TRABALHOS COMPLETOS - APOIAR		75
EVOLUÇÃO PSICOSSOMÁTICA DE PACIENTE COM DOR LOMBAR CRÔNICA EM PSICOTERAPIA BREVE	Márcia Aparecida Isaco de Souza José Tolentino Rosa Leila Cury Tardivo	76
PSICOTERAPIA BREVE COM HOMENS: UMA REFLEXÃO SOBRE O UNIVERSO PSÍQUICO MASCULINO	Bernardete B.S. Imoniana Lídia Schwarz Leila Tardivo	85
AS RELAÇÕES ENTRE NEGLIGÊNCIA E TENDÊNCIA ANTI-SOCIAL: DIFICULDADES NO PROCESSO PSICOTERAPÊUTICO	Christiani Martins Rodrigues Tironi Maria Aparecida Mazzante Colacique Leila Cury Tardivo	94
O TRABALHO PSICOLÓGICO JUNTO A FAMÍLIA E A REDUÇÃO DOS RISCOS DA VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇAS E ADOLECENTES	Maria Aparecida Mazzante Colacique José Tolentino Rosa Leila Cury Tardivo	106
ESTUDO DA DEPRESSÃO EM CRIANÇAS ABRIGADAS	Aline Moreira da Silva Tafner Valdeli Vieira Maria Aparecida Mazzante Colacique Leila Cury Tardivo	117
A IMPORTÂNCIA DA ENTREVISTA DIAGNÓSTICA NA PSICOTERAPIA BREVE COM ADULTOS DE MEIA IDADE E IDOSOS	Isabel G. Lopes Schvartzaid Lídia Rodrigues Schwarz Leila Cury Tardivo	129
A DIFICULDADE DA VIVÊNCIA DO LUTO POR UMA CRIANÇA ABRIGADA: RELATO DE CASO	Rosemeire Aparecida da Silva Maria Aparecida Mazzante Colacique Leila Cury Tardivo	136
A TENDÊNCIA ANTI-SOCIAL COMO UM SINAL DE ESPERANÇA: EXPERIÊNCIAS CLÍNICAS A PARTIR DO PENSAMENTO WINNICOTTIANO	Isabel G. Lopes Schvartzaid Raquel Gagliotti Coppola Maria Aparecida M. Colacique Leila Cury Tardivo	145
ESTUDO DE CASO: O PROCEDIMENTO DE DESENHOS-ESTÓRIAS E AS VIVÊNCIAS EMOCIONAIS DE UM HOMEM SEPARADO DE SUA MÃE NA INFÂNCIA.	Maria Izilda Soares Martão Leila Cury Tardivo	155
SENTIMENTO DE DESAMPARO DE UMA JOVEM DE 15 ANOS E FALHAS DA PREOCUPAÇÃO MATERNA PRIMÁRIA	Lúcia de Mello Senra do Valle Leila Cury Tardivo	168

RELATO DE UM CASO EM PSICOTERAPIA BREVE: SUPERAÇÃO DO ÓDIO E CRESCIMENTO PSÍQUICO	Nicia de Lara Crelier Azevedo Márcia Aparecida Isaco de Souza Leila Cury Tardivo	183
ESTUDO DO CASO DE UMA FAMÍLIA COM FUNCIONAMENTO PSICÓTICO À LUZ DAS CONTRIBUIÇÕES DE ALBERTO EIGUER	Raquel Brandão C. M. de Araujo, Sílvia C. S. Karacristo Sônia Nukui Suzi Endo Leila Cury Tardivo	187
TUTORES DE UM PACIENTE COM ELA (Esclerose Lateral Amiotrófica) EM ESTADO DE NEGAÇÃO E BARGANHA - RELATO DA EXPERIÊNCIA	Renata M. Ramos Luan Paiva Santos Ana Luiza de Figueiredo Steiner Antonio Geraldo de Abreu Filho Acary Souza Bulle Oliveira – Leila Cury Tardivo	199
CUIDANDO DE UM FAMILIAR CUIDADOR DE UM PACIENTE COM ESCLEROSE LATERAL AMIOTRÓFICA	Suzana Ribeiro Isana Ribeiro Antonio Geraldo de Abreu Filho Ana Luiza Steiner Leila Cury Tardivo Acary de Souza	206
A DOR IRREPRESENTÁVEL: O CASO CLÍNICO DE UM ADOLESCENTE EM DESESPERO	Sandra Aparecida Serra Zanetti Maria Aparecida Mazzante Colacique Wadad Ali Hamad Leôncio Leila Cury Tardivo	212
RELATO DA EXPERIÊNCIA DE DUAS TUTORAS DE UMA PACIENTE COM ESCLEROSE LATERAL AMIOTRÓFICA E SUA ACEITAÇÃO FRENTE À DOENÇA	Julia Torres Gonçalves Valquiria Glugoski Ana Luiza de Figueiredo Steiner Antônio Geraldo de Abreu Filho Acary Souza Bulle oliveira Leila Cury Tardivo	221
TUTORIA AO PACIENTE COM ESCLEROSE LATERAL AMIOTRÓFICA: **UM ESTUDO DE CASO**	Eduardo Hirata Monique Sayuri Xavier Shiroma Ana Luiza de Figueiredo	227

	Steiner Antonio Geraldo de Abreu Filho Leila Cury Tardivo Acary Souza Bulle Oliveira	
OFICINAS PSICOTERAPÊUTICAS NO HOSPITAL PSIQUIÁTRICO: **UMA PROPOSTA DE ATENÇÃO PSICOLÓGICA EM SAÚDE MENTAL**	Danilo de Carvalho Silva Monique Sayuri Xavier Shiroma Kayoko Yamamoto. Leila Cury Tardivo	236
IMPORTÂNCIA DA CAPACIDADE LÚDICA NA PREVENÇÃO E TRATAMENTO DA SAÚDE MENTAL	Maria Salete Lopes Legname de Paulo Leila Cury Tardivo	246
A CONFERÊNCIA DE JOYCE MCDOUGALL RECEBE LEGENDAS EM PORTUGUÊS: A EXPERIÊNCIA DE UMA EQUIPE DO LABORATÓRIO APOIAR	Yara Malki José Tolentino Rosa	254
TRABALHOS COMPLETOS SER E FAZER/USP		261
'O ACIDENTE DE FLIC': A APRESENTAÇÃO DO ACONTECER CLÍNICO COMO NARRATIVA BRINCANTE	Fabiana Follador e Ambrosio Walkíria Cordenonssi Cia Tânia Maria José Aiello Vaisberg	262
IMAGINÁRIO COLETIVO DE ESTUDANTES DE PSICOLOGIA SOBRE O PRIMEIRO ATENDIMENTO CLÍNICO	Sueli Regina Gallo-Belluzzo Elisa Corbett Tânia Maria José Aiello-Vaisberg	272
O IMAGINÁRIO COLETIVO DE ESTUDANTES DE EDUCAÇÃO FÍSICA SOBRE VIDA SAUDÁVEL.	Fabiana Follador Ambrosio, Alex Alexandre Fialho Tânia Maria José Aiello Vaisberg	280
CUIDADO COM O MALANDRO": IMAGINÁRIO COLETIVO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE A DEPENDÊNCIA QUÍMICA	Cristiane Helena Dias Simões Tânia Maria José Aiello-Vaisberg	291
IMAGINÁRIO COLETIVO DE ESTUDANTES DE PSICOLOGIA SOBRE DIFICULDADES SEXUAIS FEMININAS NO CONTEXTO DA "SEXUALIDADE INVASIVA"	Elisa Corbett Sueli Regina Gallo-Belluzzo Tânia Maria José Aiello Vaisberg	296
ÓRFÃOS POR AIDS E HOMICÍDIOS EM SÃO PAULO: FATORES ASSOCIADOS À REVELAÇÃO DA CAUSA DA MORTE DE SEUS PAIS	Yone Xavier Felipe da Fonseca Claudia Barros Vera S. F. Paiva Ivan França Junior	302
TRABALHOS COMPLETOS – outras instituições		313
ALTERAÇÕES DA AUTOESTIMA EM MULHERES COM TRANSTORNOS ALIMENTARES: ANOREXIA E BULIMIA NERVOSAS. IMPLICAÇÕES ODONTOLÓGICAS E PSICOLÓGICAS.	Sérgio Spezzia Alberto Sabá Raquel Viganó de Campos	314

	Antunes Elizy Salete de Jesus Calheiros Cintia Silvestroni Limberte João Munhoz Cleide de Sá Alves Cleonice Batista Vieira Alves	
TRANSGERACIONALIDADE DA VULNERABILIDADE SOCIAL E OS CONFLITOS COM A LEI	Beatriz Borges Brambila Hilda Rosa Capelão Avoglia	326
CASAMENTO CONTEMPORÂNEO: NOVOS VALORES, NOVOS CONFLITOS	Carla Pontes Donnamaria Antonios Terzis	335
PRÁTICAS EM PSICOLOGIA HOSPITALAR: DIAGNÓSTICO INSTITUCIONAL	Cíntia Garbin, Elenita Sureke Abílio, Antonio Augusto Pinto Junior Bruna Paes de Barros	342
GRUPO COM FAMILIARES E PACIENTES: RELATO DE EXPERIÊNCIA MULTIPROFISSIONAL	Jupira Carvalho da Silva; Danielle Antonelli Cardia Heloisa da Silva Barboza Urias Roberto da Silva José Osvaldo Machado	348
BRINCAR COMO ELEMENTO FACILITADOR DO DESENVOLVIMENTO DE CRIANÇAS ABRIGADAS: UM PROJETO DE INTERVENÇÃO PSICÓLOGICA	Giselle Bedani de Oliveira Dixon. Neide Maria Ribeiro Fróis. Antônio Augusto Pinto Junior. Juliane Marcelly Santos Lourenço Olimpio André dos Santos Monteiro	359
SER DIFERENTE É DO SER HUMANO: MITOS E VERDADES SOBRE A SÍNDROME DE DOWN	Silene Formolaro. Leila Cury Tardivo	368
“O ROMPIMENTO DOS RELACIONAMENTOS AFETIVO-SEXUAIS E SUAS RESULTANTES”	Bianca Cristina Bronini Katiane Correia Da Silva Goulart Esiquiel Luciana Lazarini Ana Paula Parada Thiago de Almeida	375
PROJETO CORRESPONDENTES : ESPAÇO POSSÍVEL PARA A (RE)CONSTRUÇÃO DE UM VÍNCULO AFETIVO INOVADOR	Gislaine Martins R. Passarini; Lígia Fromer; Mariana Beluzzi Ferreira Marina Prado Sasao	387
REFORMA PSIQUIÁTRICA: A LEGITIMIDADE TERAPÊUTICA DO DISPOSITIVO GRUPAL PARA PACIENTES PSICÓTICOS.	Maria Cristina Zago Antonios Terzis	398

ROMPENDO COM O CICLO DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E DA CRIMINALIDADE – CONTRIBUIÇÕES PSICOSSOCIAIS. .	Rafael Erik de Menezes, Beatriz Borges Brambilla, Eunice Ediria Almeida Silva Hilda Rosa Capelão Avoglia Raquel Alter de Menezes	407
A HOMOFOBIA NO AMBIENTE DE TRABALHO	José Airton da Silva Thiago de Almeida Maria Luiza Lourenço	416
VIOLÊNCIA SEXUAL: VELADA OU REVELADA?	Beatriz Borges Brambilla, Hilda Rosa Capelão Avoglia, Luana Carramilo-Going	429
MOVIMENTO HIP HOP: ESPAÇO POTENCIAL DE CRIATIVIDADE E DE ESPERANÇA PARA A JUVENTUDE CONTEMPORÂNEA?	Rodrigo Clemente Ballalai Olga Ceciliato Mattioli	435
PROJETO CASULO – POSSIBILIDADE DE TRANSFORMAR O OLHAR PARA SAÚDE MENTAL	Erica Fontana Jupira Carvalho da Silva, Danielle Antonelli Cardia Heloisa da Silva Barboza. Tatiane Anhaia, José Osvaldo Machado	446
RESUMOS		**451**
MANEJO DO SETTING NAS ENTREVISTAS INICIAIS EM PSICODIAGNÓSTICO COMPREENSIVO COM ADOLESCENTES: CASOS CLÍNICOS	Valdeli Vieira Maria Aparecida Mazzante Colacique Leila Cury Tardivo	452
ENCONTROS TERAPÊUTICOS EM SAÚDE MENTAL: RELATOS DE UMA EXPERIÊNCIA DE FORMAÇÃO	Luiz Tadeu Gabriel Filho Caio Mantese de Souza, Daniela Adachi Guimarães Silvia Lopes de	453

	Menezes, Marcelo Soares da Cruz Leila Cury Tardivo	
CONSULTAS TERAPÊUTICAS E TEORIA DOS CAMPOS: DISCUSSÃO DE UM CASO ATENDIDO EM UM HOSPITAL PSIQUIÁTRICO	Adriana Cappa; Andréa Chang; Carolina Zayat; Giovana Jafelice; Milena Greve; Vitor Abreu; Laura Granado, Leda Herrmann, Leila Cury Tardivo	454
PROBLEMAS DE SAÚDE MENTAL INFANTO-JUVENIL ENCONTRADOS PELAS EQUIPES DA (ESF) EM SÃO PAULO	Livia Soledade de Moraes Rego, Alberto Olavo Advincula Reis	456
A GESTÃO SOCIAL NA PERSPECTIVA DE UM PROGRAMA DE ATENDIMENTO A FAMÍLIAS EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE E RISCO SOCIAL	Dilma Medeiros Bertoldo	457
EXPERIÊNCIAS DE ATENDIMENTO À EXPLORAÇÃO SEXUAL NO CRAMI	Maria Carolina Gatti Juliana Lemos Costa Sueli Zocal Paro Barison	458
ATRAVESSANDO OS UMBRAIS DE CIVILIDADE RUMO À CIDADANIA EM CONTOS, VERSOS E PROSAS	Regina Campos Cordeiro Tereza Elizete Gonçalves Denise Batista Jorge Aline Hellen De Carvalho Lemes Juliana Meirelles De Lima. Stéphanie Di Martino Sabino Sandra Memar Trava	460
A ARTE DE BRINCAR: UMA INTERVENÇÃO PSICOPROFILÁTICA	Graciela Peris Martins Graziela da Cruz Sampaio Priscila C. M. Souza; Marina Marasco, Maria Angélica Monteiro,	462

PERCEPÇÕES E SENTIMENTOS DE CUIDADORES/FAMILIARES DE CRIANÇAS COM PARALISIA CEREBRAL	Caroline Viana Câmara; Ludmila De Moura	464
A INFLUÊNCIA DA SOCIEDADE E DA MÍDIA NA FORMAÇÃO DO CONCEITO DE BELEZA EM CRIANÇAS NEGRAS	Lisie A. S. Santana Denir Camargo Freitas	465
A PREVENÇÃO PRIMÁRIA DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES: UMA EXPERIÊNCIA NO CAMPO DA SAÚDE COLETIVA	Mari Martinez Ortiz Antonio Augusto Pinto Junior	466
O DESEMPENHO DE CRIANÇAS COM E SEM TDAH NO TESTE DE ATENÇÃO CONCENTRADA AC: UM ESTUDO DE VALIDADE DE CRITÉRIO.	Edyleine Bellini Peroni Benczik Tábata Cardoso Erasmo Barbante Casella	468
SAÚDE INDÍGENA UM CAMPO TEÓRICO-PRÁTICO MULTIPROFISSIONAL	Cíntia Garbin, Elenita Sureke Abílio , Antonio Augusto Pinto Junior, Bruna Paes De Barros	469
RESGATE DA HISTÓRIA PESSOAL COMO FATOR DE DESENVOLVIMENTO	Tatiane Rosa Domingues	470
PROJETO REFLEXIVO – ATENDIMENTO A AUTORES DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA	Hevelin da Silva Batista Adriana Roberta Vicente Rodrigues Marina Rico Paduan Beret Maria Augusta Carolino d Pádua. Valdete Aparecida Gobbi	471
A DEPRESSÃO E A VULNERABILIDADE AO ESTRESSE E A QUALIDADE DE VIDA DE PROFISSIONAIS DE ATENDIMENTO AO PÚBLICO	Graziela Da Cruz Sampaio Gabriela Raposo De Jesus Stephani De Souza Gonçalves Jessika Cardoso De Oliveira Noel José Dias Da Costa-	473
A QUALIDADE DE VIDA E O ESTRESSE DE POLICIAIS MILITARES DA REGIÃO SUL DE SÃO PAULO	Graziela Da Cruz Sampaio Bruno De Luca Ligia De Carvalho Noel José Dias Da Costa	475

FATORES DE FORMAÇÃO DO *BULLYING*: A VISÃO DO AGRESSOR	William Pereira Nunes Denir Camargo Freitas	477
DISTÚRBIOS PSÍQUICOS DA GESTANTE: STRESS NA GESTAÇÃO E AS CONSEQUÊNCIAS FÍSICAS E PSÍQUICAS PARA O FETO	Adriana Marino Andréia Alves Dalila Santana Danielle Antonelli Fátima Claro Jupira Carvalho Talita de Souza	478
O TRABALHO DE GRUPO COM PSICÓTICOS NO CAPS	Viviane Manfre Jéferson Rodrigues dos Santos	479

1ª MESA: *GRUPOS DE RISCO DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM PAISES DA AMÉRICA LATINA: O PAPEL DA PSICOLOGIA*

PROMOCIÓN DE VIDA Y VULNERABILIDAD SOCIAL EN LATONOAMÉRICA: REFLEXIONES Y PROPUESTAS

GRUPOS DE RIESGO DE NIÑOS Y ADOLESCENTES EN PAISES DE LATINOAMERICA: EL ROL DE LA PSICOLOGIA

Autora: Dra. Rosa Inés Colombo

Resumen

El trabajo a presentar tiene por objeto dar a conocer resultados de estudios realizados a una muestra de 200 adolescentes que han sido detenidos y procesados por delitos penales pero que pertenecen en su mayoría a jóvenes en situación de riesgo. El estudio abarca los resultados obtenidos mediante la administración de Técnicas e Instrumentos de evaluación psicológica mediante las cuales se pudo construir un perfil psicológico de los adolescentes estudiados. Se observaron características de personalidad asociadas a fallas en el desarrollo, disociación afectiva y falta de control así como también la falta de sostén familiar y la ausencia de instituciones, escuelas, centros de atención, que se ocupen de la educación de estos jóvenes. El estudio se completa con la comparación de esta muestra mediante pruebas estadísticas con una muestra de adultos en conflicto con la ley.

LOS DISCURSOS DE LA INTERVENCIÓN SOCIAL CON NIÑOS: EL CASO DE CHILE

OS DISCURSOS DA INTERVENÇÃO SOCIAL COM CRIANÇAS: O CASO DO CHILE

Dra Ana Bergara

RESUMO

"La ponencia da cuenta de la diversidad de discursos, presentes en el contexto chileno actual, respecto a la intervención con niños y, en particular, con aquellos cuyos derechos se ven afectados. En este contexto discursivo híbrido coexisten discursos clásicos, originados en las primeras ocho décadas del Siglo XX, y discursos emergentes, propios de las últimas tres décadas. Se analizan las implicancias de estos discursos y los obstáculos existentes para el cumplimiento de los derechos de los niños, para luego presentar algunos desafíos y propuestas al respecto."

GRUPOS DE RISCO E VULNERABILIDADE SOCIAL NO BRASIL

Leila Cury Tardivo

RESUMO

- Para Bellenzani e Malfitano (2006) contrastando com o conceito de risco, a vulnerabilidade tem a premissa de buscar identificar a co-participação, a síntese das variáveis que estejam envolvidas na suscetibilidade ao adoecimento, sejam elas abstratas, subjetivas ou estruturais, ao contrário do isolamento das variáveis e da busca de uma relação causal bilateral.
- Bellenzani et al (2005) afirmam que a vulnerabilidade social está condicionada às varias condições estruturais que colocam as pessoas em risco, para além do seu comportamento individual, mais ou menos irresponsável.
- Para as autoras, classe, etnia/raça, gênero e nacionalidade são sistemas de classificação social oriundos de estruturas de desigualdade social que também distribuem os riscos de vulnerabilidade.
- São componentes importantes para avaliar condições de maior ou menor vulnerabilidade social de um indivíduo ou de coletivos.
- Acesso a meios de comunicação, escolarização, disponibilidade de recursos materiais, poder de influenciar decisoes políticas, possibilidade de enfrentar barreiras culturais, estar livre de coerções violentas ou poder defender-se delas.
- Para Oliveira, 1995 a vulnerabilidade cultural está na raiz da maior parte das discriminaçòes sociais, ao mesmo tempo que destas recebe consideravel reforço.
- Exemplos:
- Para Oliveira, 1995 a vulnerabilidade cultural está na raiz da maior parte das discriminaçòes sociais, ao mesmo tempo que destas recebe consideravel reforço.
- Exemplos:
- A discriminação dos negros:

- 2. Indígenas:.
- 3. Crianças e adolescentes:
- Bellenzani et al (2005), vulnerabilidade psíquica é a possibilidade de pensar fatores potenciais de modo que, sinergicamente, componham condiçòes propulsoras ao sofrimento ou adoecimento psíquico.
- Estes fatores potenciais são relacionados tanto ao social, daí a dimensão da vulnerabilidade social, como às experiências de vida singulares, que, combinados, são matéria prima para a constituição das subjetividades.
- A violação dos direitos é o elemento central para a discussão de vulnerabilidade social e psíquica
- A violência tendo os jovens como vítimas ou agentes está intimamente ligada a condição de vulnerabilidade social destes indivíduos. Estes atores sofrem riscos de exclusão social devido a um conjunto de desequilíbrios provenientes do mercado, Estado e sociedade que tendem a concentrar a pobreza entre os membros desse grupo e distanciá-los do curso central do sistema social.
- A vulnerabilidade das crianças e adolescentes no Brasil e na América Latina: A violência tendo os jovens como vítimas ou agentes está intimamente ligada a condição de vulnerabilidade social destes indivíduos. Estes atores sofrem riscos de exclusão social devido a um conjunto de desequilíbrios provenientes do mercado, Estado e sociedade que tendem a concentrar a pobreza entre os membros desse grupo e distanciá-los do curso central do sistema social.
- O acesso negado das crianças e adolescentes latino-americanos a processos básicos restringe a capacidade de formação, uso e reprodução dos recursos materiais e simbólicos, e torna-se fonte de vulnerabilidade, ampliando a situação de desigualdades sociais e a segregação de muitos jovens.
- A associação entre da vulnerabilidade com a desigualdade social e segregação podem ter muitas relações entre juventude e violência.
- As desigualdades de oportunidades, segregações, inserção deficitária na educação e no mercado de trabalho, falta de oportunidades de lazer, formaçào ética e cultural têm sido responsáveis por situar os jovens a margem da participação democrática

que colabore na construção de identidades sensíveis à diversidade cultural e à solidariedade, fortalecimento da auto-estima e sentimento de pertencimento comunitário. Assim, muitos ficam relegados às influências que nascem de sua interação cotidiana nas ruas, podendo ser atraídos pelo mundo do crime e das drogas.

- Segundo Abramovay (2002), percebe-se uma mudança nas causas e natureza da violência nos países latino-americanos principalmente na última década e também entre a população jovem de 15 a 24 anos de idade (Crime e Delinquência).
- No Brasil, segundo a UNESCO cerca de 60% das mortes entre 15 a 25 anos é por violência conjunta (homicídio, suicídio e acidentes de transporte).
- O tráfico de drogas e consumo de álcool – também constituem fatores relacionados ao aumento da violência (tanto praticada pelos jovens ou contra eles – VD).
- Segundo UNESCO, no Brasil, mais de 50% dos homicídios ocorrem entre sexta-feira e domingo entre os jovens de 15 a 24 anos.
- Segundo Abramovay (202), a dimunuição da vulnerabilidade o combate às suas consequencias, em especial, a violência, passa pela promoção e fortalecimento do capital social.
- Capital Social: conjunto de regras, normas, obrigações, reciprocidade e confiança presente em relaçòes, estruturas e arranjos institucionais da sociedade que permitem seus membros buscarem seus objetivos individuais e coletivos.
- O Protagonismo infanto-juvenil: Para Abramovay (2002) deve-se tomar os jovens segundo uma perspectiva dupla, na qual seriam, por um lado, receptores de serviços públicos de enfrentamento da desigualdade e exclusão social, e, por outro, atores estratégicos no desenvolvimento de sociedades mais igualitárias e democráticas.
- Desmistificação da Infância : ser de direitos, não ser inferior ou não ser ainda.
- Segundo a UNESCO (apud Abramovay, 2002) o protagonismo juvenil aparece como importante contraponto à violência e exclusão social, pois parte de um método de educação para a cidadania em que o jovem ocupa uma posição de

centralidade e sua opinião e participação são valorizados em todos os momentos – levam a reconstrução de valores éticos, solidariedade e responsabilidade social.

- Superação dos enfoques setoriais e desarticulados das políticas públicas: problemas como exclusão, desigualdades sociais, discriminações e violência decorrem de uma multiplicidade de fatores que interagem entre si formando complexas redes causais.

- Políticas Públicas para o desenvolvimento econômico: a pobreza reduz a esperança de vida e deprecia a sua qualidade – a desnutrição, o acesso à escola (média de escolaridade na América Latina = 5, 2 anos)

CONFERÊNCIA

ATUALIZAÇÃO E ADAPTAÇÃO DA TÉCNICA HTP NA ARGENTINA.

INDICADORES DE VULNERABILIDADE EM DISTINTAS AMOSTRAS

Autora: Dra. Rosa Inés Colombo

Resumen

El trabajo a presentar se encuentra dentro del marco de una investigación que se propone la actualización de la técnica gráfica HTP. Esta técnica cuenta con más de 50 años de interpretada y no contamos en Argentina con trabajos recientes que actualicen su uso. Para esta presentación nos centraremos en los indicadores hallados en muestras de niños que han sufrido violencia doméstica en contraste con niños de muestra general. Las muestras son de 200 niños, 400 en total y se trabajó con estandares de frecuencia, comparación de medias y Prueba de Tukey. Además se ha realizado una fundamentación teórica basándonos en teorías sobre la vulnerabilidad Zukerfeld 1999, García Badaracco(1998) Sivak, 1998. En pos de comprender la relación existente entre sucesos de vida traumáticos, red social y calidad de vida.

APRESENTAÇÃO

ADOLESCENTES MULTIPLICADORES DE ATITUDES

E FUNDHAS – FUNDAÇÃO HÉLIO AUGUSTO DE SOUZA

Quem somos

A Fundação Hélio Augusto de Souza (Fundhas) é uma Instituição sem fins lucrativos, criada pela Prefeitura Municipal da cidade de São José dos Campos e tem como principal objetivo, com respaldo no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), atender crianças e adolescentes de 7 a 18 anos em situação de vulnerabilidade social. Consolidou-se como o maior projeto social de São José dos Campos e, em 2010, atende em torno de 8 mil crianças e adolescentes, em todos os seus programas. A Fundhas garante a estas crianças e adolescentes, no período em que são atendidos, os serviços sociais básicos, como apoio educacional, alimentação, saúde, além de orientação pedagógica e encaminhamento profissional.

Para permanecerem na Fundhas devem estar matriculados e frequentando os cursos regulares das escolas públicas ou na condição de bolsistas em escolas particulares, o que faz com que a Instituição colabore também com o combate à evasão escolar.

Com cursos, projetos e ações de apoio a crianças e adolescentes dos 7 aos 18 anos, que são promovidos tanto em sua sede como nas 21 unidades regionalizadas e instaladas estrategicamente em bairros da periferia, a Fundhas cumpre uma importante papel social. Este trabalho foi de fundamental importância para São José dos Campos que possibilitou a obtenção do título de "**Cidade Amiga da Criança**" da Unicef, órgão ligado à ONU. No ano de 2000 foi certificada pela ISO 9001.2000 pela Fundação Carlos Alberto Vanzolini, sendo a primeira instituição em seu segmento a possuir o selo de qualidade. Todo o atendimento realizado pela **Fundhas** é gratuito e, para garantir estes serviços, ela conta hoje com um percentual do orçamento do município, recursos provenientes de contribuições, parcerias e convênios com instituições públicas e privadas, empresas, comunidade, além de recursos próprios, garantindo assim a abertura de novos horizontes para crianças e adolescentes (FUNDHAS, 2010, p.1)

Como tudo começou

Hélio Augusto de Souza atuou como professor universitário na Fundação Valeparaibana de Ensino no curso de Serviço Social e sempre se preocupou com as questões sociais do município. Na década de 1970, criou o “Clubinho”, no qual os participantes eram chamados de “fiscais do lixo”, era uma época em que o município crescia e recebia muitos migrantes. Em 1975 foi criado o Programa de Menores, que consistia num trabalho sistematizado que recebeu o nome de Centro de Orientações Sócio-Educativa do Menor Trabalhador (COSEMT) prescrito na Lei 3.363/80 – relativa ao Departamento de Promoção Humana do município.

Em 1979, Hélio Augusto de Souza, foi eleito vice-prefeito e assumiu a Prefeitura após a renúncia do prefeito Robson Marinho. Nesse período, desenvolveu um programa de trabalho priorizando a área social, inclusive promovendo o projeto COSEMT que depois seria transformada numa Fundação pública.

Em 1986 ocorre a mudança do COSEMT para atual fundação. Hélio Augusto de Souza faleceu no mesmo ano e, em decorrência dos seus ideais humanitários, a entidade recebe o seu nome para homenageá-lo. No caso, FUNDHAS – Fundação Hélio Augusto de Souza. (SILVA, 2007)

Como funciona

O público alvo desta instituição é formado por crianças e adolescentes vulneráveis social e economicamente, residentes há mais de dois anos no município, com faixa etária entre 6 e 18 anos que devem estar devidamente matriculados e frequentando o ensino regular.

Alguns critérios são exigidos para uma criança ou adolescente ingressar na Fundhas, que são apresentados em uma entrevista com o serviço social da instituição. Após entrevista e estudo social - que podem ser complementados com visitas domiciliares a cada criança ou adolescente - será atribuída uma pontuação cujo objetivo é avaliar se atende aos critérios de elegibilidade para ingressar na Fundhas. Aquele que

tiver maior pontuação, ou seja, o que estiver situação de maior vulnerabilidade preenche o requisito fundamental para o ingresso e permanência nos programas institucionais.

A Fundhas conta com vários programas para atender suas crianças e adolescentes, cada qual com as suas finalidades, tais como: Programa Criança, destinado a crianças e adolescentes de 6 a 13 anos; Programa Arte Educação que atende adolescentes de 13 a 15 anos; Programa Aprendiz onde os adolescentes de 15 a 18 anos terão a oportunidade de fazer um curso profissionalizante e ter uma oportunidade de estágio numa empresa conveniada com a FUNDHAS.

Dentro dos programas há vários projetos, cabe destacarmos o AMA – Adolescentes Multiplicadores de Atitudes que detalharemos abaixo e o Preparatório para Bolsa de Estudos. Neste, os adolescentes a partir da 7ª série que fizerem a opção voluntária de dedicação aos estudos são preparados para conquistar bolsas de estudos nas escolas particulares, cursos técnicos, e pré-vestibulares da cidade.

Esses programas acima mencionados priorizam o desenvolvimento integral das crianças e dos adolescentes no plano físico, social, emocional, cognitivo, cultural e profissionalizante, mediante o trabalho integrado de uma equipe multidisciplinar, fundamentado pelo ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente. Dentre tantos requisitos e exigências, sugere que: “a criança e o adolescente tem direito à educação, visando ao pleno desenvolvimento de sua pessoa, preparo para o exercício da cidadania e qualificação para o trabalho (BRASIL, 1990)”.

Uma das prioridades da FUNDHAS é despertar no empresariado local e outros a ideia de responsabilidade social que busca viabilizar através das parcerias firmadas entre si.

Responsabilidade Social segundo FLETA (2005) consiste no conjunto de obrigações inerentes à evolução de um estado ou condição com força ainda não reconhecida pelo ordenamento jurídico positivo ou desconhecida parcialmente, mas cuja força que se vincula e sua prévia tipificação procedem da íntima convicção social de que não segui-la constitui uma transgressão da norma da cultura.

Dentro do conceito de responsabilidade social a FUNDHAS conta dois setores, “Captação de recursos” e “Convênio”, nos quais pessoas capacitadas e especializadas fazem contatos com as empresas, apresentam-lhes a proposta de trabalho e os seus

objetivos e efetivam os convênios e parcerias com diversas empresas do município. (SILVA, 2007)

Projeto Adolescentes Multiplicadores de Atitudes da FUNDHAS

Cristina Lima Cardoso – Psicóloga

Ubiratan Neves Fazendeiro – Educador Social

O Projeto Adolescentes Multiplicadores de Atitudes qualifica adolescentes para exercerem a função de Educadores entre Pares na redução da vulnerabilidade, em relação aos cuidados com a saúde, a paternidade e maternidade na adolescência, ao uso de drogas e as DSTs/AIDS, adoção de atitudes não violentas e de uma cultura de paz, e contribuir para que façam escolhas conscientes que fortaleça um projeto de vida baseado na escolarização para o pleno exercício da cidadania.

O Projeto Adolescentes Multiplicadores de Atitudes forma adolescentes para divulgar, entre seus pares, o autocuidado e a escolarização como forma de superar as vulnerabilidades econômica e social, com a missão de reduzir a vulnerabilidade, através da promoção da saúde, da escolarização, com enfoque preventivo e educativo.

No final da década de 1990, o Ministério da Saúde, preocupado com os avanços da AIDS no país, lança a ideia de Educação entre Pares, através do Manual do Multiplicador Adolescente, para o desenvolvimento de ações de sensibilização e informação sobre sexualidade, DST, AIDS e uso indevido de drogas, visando a prevenção e a melhoria na qualidade de vida.

As ações dos Multiplicadores iniciaram-se em São José dos Campos em 1997, quando profissionais da Secretaria Municipal de Educação foram capacitados em São Paulo por profissionais ligados ao Ministério da Saúde.

Em 1998 esta ação passou a ser desenvolvida pela Secretaria Municipal da Saúde, através do Programa Municipal de DST/AIDS (GEFHA - Grupo de Estudo e Formação sobre HIV/AIDS), que atuou junto às escolas estaduais, municipais e FUNDHAS. Nesta ocasião foram capacitados educadores e 30 adolescentes da FUNDHAS. Este trabalho cresceu dentro da Instituição e, em julho de 1999, 46 educadores foram treinados pelo Setor de Psicologia ampliando assim o alcance do Programa.

Em 2001, surgiu o Programa de Atenção Integral à Saúde do Adolescente (PROAISA) da Secretaria Municipal de Saúde em parceria com o Programa Municipal de DST/AIDS, dando continuidade à formação de Adolescentes Multiplicadores nas escolas municipais e estaduais com parceria da FUNDHAS e do Agente Jovem Joseense.

A atuação do Grupo de Multiplicadores da FUNDHAS, da Secretaria Municipal da Saúde através do PROAISA (Programa de Atenção e Informação da Saúde do Adolescente) e de escolas não se restringiram aos limites das instituições, atingiu também outros grupos da comunidade. Além da ação multiplicadora, os jovens participaram de Encontros Municipais e Estaduais de Adolescentes realizados em Campinas e região, e Nacionais, Porto Alegre e Recife, realizados pelo MAB (Movimento de Adolescentes do Brasil), Campanhas de Combate ao Abuso e Exploração Sexual Infanto-Juvenil, Concentração Pela Paz Contra a Violência, Conferências promovidas pelos CMDCA (Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente), Condeca (Conselho Estadual dos Direitos da Criança e Adolescente) Conanda (Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente).

Atualmente a sensibilização de adolescentes continua através do Projeto de Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE) em algumas escolas, unidades de saúde e outros grupos que atuam com adolescentes e jovens. Com esta formação e ação multiplicadora foi e é possível que os adolescentes adquiram e ampliem seus repertórios interativos aumentando assim suas capacidades de refletirem de forma ativa e construtiva em seu contexto escolar e sócio comunitário, sendo então Protagonistas Juvenis.

Conforme Visão e Missão da FUNDHAS, a instituição se compromete com a formação das crianças e dos adolescentes atendidos, visando sua formação integral. Isto implica também, no preparo para comportamentos e atitudes saudáveis.

Entendemos que o adolescente que cuida da sua saúde (“saúde” conforme definição da OMS -Organização Mundial da Saúde*) tem melhores condições de superar a pobreza, de ser um cidadão pleno e consciente de seus direitos e responsável por suas escolhas.

Portanto é cada vez maior a necessidade de levar aos adolescentes informações que abordem os mais diversos temas relacionados à vulnerabilidade com a qual todos nós convivemos. A situação em que nossos adolescentes vivem os tornam mais vulneráveis.

A prevenção primordial visa o fortalecimento de todos os fatores protetores, evitando ou controlando os riscos, atuando de forma a mudar e manter os hábitos saudáveis nos adolescentes. (Política de Atenção Integral à Saúde dos Adolescentes e Jovens – Prosad)

CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL DE 1988

“Art.196: A saúde é direito de todos e dever do estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

Art. 227: É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão.”“.

ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente

SUS lei 8080

art° 2 A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

§ 1º O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

Marcos Teóricos

A saúde pode ser definida como um estado de completo bem estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença ou de enfermidade “(OMS1948).

Dado que a juventude é um segmento da população relativamente saudável, foi prestada pouca atenção à sua saúde (à exceção de questões reprodutivas). Mas quando a saúde da juventude se deteriora, freqüentemente é resultado ou efeito de acidentes, de ferimentos causados por conflitos armados, da violência, do abuso de substâncias

nocivas, do HIV/AIDS ou da tuberculose (...) Os acidentes e os ferimentos são causas principais da morbidade, da mortalidade e da incapacitação da juventude. (*Relatório de Desenvolvimento Juvenil 2007 - Ministério da Ciência e Tecnologia - Secretaria de Tecnologia para Inclusão Social).*

Desenvolver Competências Pessoais: A promoção da saúde pressupõe o desenvolvimento pessoal e social, através da melhoria da informação, educação para a saúde e reforço das competências que habilitem para uma vida saudável. Deste modo, as populações ficam mais habilitadas para controlar a sua saúde e o ambiente e fazer opções condizentes à saúde.

É fundamental capacitar as pessoas para aprenderem durante toda a vida, preparando-as para as suas diferentes etapas e para enfrentarem as doenças crônicas e as incapacidades. Estas intervenções devem ter lugar na escola, em casa, no trabalho e nas organizações comunitárias e ser realizadas por organismos educacionais, empresariais e de voluntariado, e dentro das próprias instituições. (*Carta de Ottawa da OMS - Saúde Para Todos no Ano 2000 - Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Ottawa/Canadá 21 de Novembro de 1986).*

Com relação **à presença de drogas dentro da escola,** a comparação dos dados referentes a esses atores mostra que o número de alunos que afirmam ter presenciado o uso de drogas na escola é duas vezes superior ao de membros do corpo técnico-pedagógico: 23,1% (1.070.393) dos alunos que dizem existir drogas nas escolas ante a 10,8% (338) dos professores constatam o mesmo. No que toca aos pais, uma média de 3,4% (454) fez tal afirmação.

Considerando a variável - reprovação, expulsão e transferência escolar -, o estudo mostra que existe uma associação entre o consumo de drogas ilícitas e o rendimento escolar. Drogas nas escolas – Castro, Mary Garcia*;* Abramovay, Miriam *Brasília, UNESCO Brasília, 2002*

Um estudo feito em 1987, 1989 e 1993 em 10 capitais, entre estudantes de 1º e 2º graus, mostra que a maior incidência de usuário de drogas, refere-se ao grupo de estudantes que trabalham, e/ou que estão atrasados em 3 anos ou mais na relação série escolar/idade e/ou têm pais separados ou falecidos.

Em relação à sexualidade, existem dados demonstrando que o nível de fecundidade de adolescentes entre 15 a 19 anos aumentou entre 1970 e 1980, havendo também incremento da fecundidade na faixa entre 10 e 14.

Em 1996 o percentual dos partos em adolescentes de 10 a 19 anos realizados na rede SUS chegou a 25,79% do total das parturientes.

Ministério da Saúde (MS) (Programa Saúde do Adolescente, PROSAD, http://www.uff.br/disicamep/prosad.htm *consulta em 24/08/09).*

Objetivos

Geral

Capacitação e instrumentalização de adolescentes para o desenvolvimento de Ações de Prevenção entre seus pares visando a redução das vulnerabilidades a partir de atitudes que os encorajem a avaliar os riscos em suas práticas, permitindo assim a construção de projetos de vida saudáveis, emancipatórios em longo prazo.

Objetivos Específicos	**Resultados esperados**
Discutir as principais mudanças físicas e psicológicas que ocorrem na puberdade	Sejam capazes de compreender as mudanças na adolescência (atitudes e círculo de amizades)
Incentivar o desenvolvimento de uma postura crítica diante de situações que gerem vulnerabilidade, buscando mudanças positivas de atitudes, o repensar crítico sobre a própria atitude e a consequente tomada de decisões de forma responsável.	Adolescentes capazes de fazer escolhas que não coloquem em risco o seu projeto de vida
Ressaltar a importância da escolarização na vida em geral, assim como, orientar a respeito de atitudes que possam comprometer	Adolescentes cursando o ensino formal e que compreendam a importância da escola e da aprendizagem para construção do futuro

o futuro	
Explorar a afetividade e seus componentes, refletindo a importância da auto-estima e da autopreservação, tanto na vida atual quanto futura.	Capacitar para o autocuidado e planejamento de ações que possam melhorar o seu futuro e a multiplicação das informações.
Mostrar que a AIDS, outras DSTs, a paternidade e maternidade na adolescência, a violência e drogadição podem ser evitadas desde que, sejam adotadas medidas simples de autocuidado e prevenção.	Redução da vulnerabilidade dos adolescentes em relação à violência, as DSTs/Aids, paternidade e maternidade precoce, evasão escolar, uso de drogas licitas ou ilícitas.
Abordar aspectos da violência (física, social, moral, psicológica, sexual, bulling), atentando para a proteção de relacionamentos exploradores.	Que adolescentes possam reconhecer, repelir e denunciar situações de abuso e exploração a quaisquer tipos de violência.
Produzir material informativo e preventivo das temáticas inerentes ao Projeto para ser utilizado nas unidades da FUNDHAS e na comunidade.	Ter material adequado à população que a FUNDHAS atende
Propiciar a participação em eventos que possam fomentar o interesse e melhorar a qualidade da atenção ao adolescente	Estimular o protagonismo juvenil
Participar de eventos, reuniões, grupos de trabalho, conselhos, comitês, entre outros, relativos à criança e ao adolescente.	Incentivar as crianças e os adolescentes a participarem das discussões destes fóruns
Articular-se com: CMDCA, COMUS, COMAD, Secretarias	Ampliar a participação nas instâncias de discussão da vulnerabilidade do adolescente

Municipais, organizações semelhantes e ONGs.	

Conceituando Educação entre Pares

A Educação entre Pares é um conceito conhecido mundialmente, sendo uma metodologia bastante utilizada, desenvolvida e divulgada em Programas de Promoção e Educação para a Saúde (ex: programas de educação sexual, prevenção e abuso de drogas).

A educação entre pares é a “comunicação par a par”; significa que aqueles que pertencem ao mesmo grupo ou estatuto social educam-se mutuamente. Ela é vantajosa no trabalho com adolescentes porque o grupo de pares exerce uma forte influência social sobre os jovens, desempenhando um papel fundamental no processo de construção e consolidação da identidade e autonomia dos mesmos, partilhando ideias, atitudes, valores e comportamentos. (Europeer, 1998).

A Educação entre Pares é uma metodologia que permite simultaneamente promover a aprendizagem e o desenvolvimento do outro (educatividade) e de si mesmo (educabilidade) através do desenvolvimento de ações racionais, intencionais, sistemáticas, fundamentais e técnicas. (Maria Rosário Pinheiro, Projeto Falsas Crenças, 2005)

A Educação entre Pares sensibiliza os envolvidos quanto à importância da discussão de temas relacionados à afetividade, vulnerabilidade e prevenção. Os adolescentes passam por uma capacitação na qual o conhecimento pode ser compartilhado e construído conjuntamente.

Fundamentos da Educação entre Pares

§Os amigos procuram conselhos entre os amigos e são influenciados pelas expectativas, atitudes e comportamentos do grupo a que querem pertencer. (Lindsey, 1997)

§A informação, particularmente a informação significativa, é mais facilmente partilhada entre pessoas de uma idade próxima. (Mellanby, Rees &Tripp, 2000)

§As pessoas são persuasíveis por alguém ligeiramente “superior”, mas não “muito superior”.
(Rogers, 1983)

Diretrizes para o Desenvolvimento do Trabalho

O projeto de Formação de Adolescentes Multiplicadores da FUNDHAS segue as diretrizes do Ministério da Saúde e da Educação, que propõe o desenvolvimento de ações de sensibilização e formação sobre adolescência, puberdade, sexualidade, DST/AIDS, uso indevido de drogas, violência, maternidade e paternidade precoce, por meio das seguintes orientações:

§Manual do Multiplicador Adolescente (MS)

§Saúde e Prevenção na Escola (MS e ME/UNESCO/UNICEF/UNFPA)

§Guia de Orientação Sexual (GTPOS - Grupo de Trabalho e Pesquisa em Orientação Sexual)

§Prosad: Programa de Saúde do Adolescente

A partir destas diretrizes e fundamentações teóricas realizamos nosso planejamento; obtemos materiais didáticos encaminhado por estes segmentos e aplicamos a metodologia descrita nestes manuais.

Referências:

Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios –Pnad, 2005.

Ministério da Saúde. MARCO LEGAL - SAÚDE, UM DIREITO DE . Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005.

Ministério da Saúde. PROSAD. Programa Saúde do Adolescente. Bases Programáticas. Brasília: Ministério da Saúde, Nov.,1989, 24 p.

Ministério da Saúde. Normas de atenção à saúde integral do adolescente. Brasília: Ministério da Saúde, 1993. 1v, 2v, 3v.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. A Saúde de e Adolescente. Uma metodologia de auto-aprendizagem para equipes de atenção básica de saúde. Módulo básico. 2.ª edição. Série F. Comunicação e Educação em Saúde. Brasília – DF, 2007.

Curso de prevenção do uso de drogas para educadores de escolas públicas

DEMO, P. (2001). Pesquisa e informação qualitativa. São Paulo: Papirus.

FERNANDES, F., LUFT, C. P., & GUIMARÃES, F. M. (2001). Dicionário Brasileiro Globo. São Paulo: Globo.

FREIRE, P. (1993). Educação e mudança. Rio de Janeiro: Paz e Terra.

Silva de Artigo Prevalência do uso de drogas e desempenho escolar pelos adolescentes, Rev. Saúde Pública vol.35 no.2 São Paulo Apr. 2001

AGUILAR HC, MARTINEZ MRB. Consumo de alcohol y adolescencia. *Rev Méd Inst Mex Seguro Soc* 1993;31:279-81

Albistur MC, Andina O, Wagner M, Rovira C, Sugo MM. Estudio epidemiológico sobre el consumo de drogas en adolescentes uruguayos. *Arch Pediatr Urug* 1993;64:25-36

Andrade AG, Queiroz S, Villaboim RCM, Cesar CLG, Alves MCGP, Bassit AZ et al. Uso de álcool e drogas entre alunos de graduação da Universidade de São Paulo (1996). *Rev ABP-APAL* 1997;19:53-9

Beutelspacher AN, Conyer RT, Romero AV, Alvarez GL, Mora MEM, Izaba BS. Factores asociados al consumo de drogas en adolescentes de áreas urbanas de México. *Salud Pública Mex* 1994;36:646-54.

Bucher R. *Drogas e drogadição no Brasil*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1992.

Cardenal CA, Adell MN. Consumo de alcohol en escolares. *Med Clin (Barc)* 1995;105:481-6

Carlini-Cotrim B, Barbosa MT. *Pesquisas epidemiológicas sobre o uso de drogas entre estudantes: um manual de orientações gerais*. São Paulo: Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas - CEBRID/Escola Paulista de Medicina EPM; 1993.

Deitos FT, Santos RP, Pasqualotto AC, Segat FM, Guillande S, Benvegnú LA. Prevalência do consumo de tabaco, álcool e drogas ilícitas em estudantes de uma cidade de médio porte no sul do Brasil. *Inf Psiquiatr* 1998;17:11-6

.Galduróz JCF, Noto AR, Carlini EA. *IV levantamento sobre o uso de drogas entre estudantes de 1o e 2o graus em 10 capitais brasileiras - 1997*. São Paulo: Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas - CEBRID/Escola Paulista de Medicina EPM; 1997.

Lima MS. Epidemiologia do uso de drogas lícitas e dos transtornos psiquiátricos menores em Pelotas [Tese]. São Paulo: Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo; 1996

Mattar FN. *Pesquisa de marketing.* Edição compacta. São Paulo: Atlas; 1996

Muza GM, Bettiol H, Muccillo G, Barbieri MA. Consumo de substâncias psicoativas por adolescentes escolares de Ribeirão Preto, SP (Brasil). *Rev Saúde Pública* 1997;31:163-70

Pecci MC. Varones jóvenes y sustancias psicoativas. *Acta Psiquiatr Psicol Am Lat* 1995;41:288-99

BRANDÃO, Zaia et alii. O estado da arte da pesquisa sobre evasão e repetência no ensino de 1º grau no Brasil. In Revista Brasileira de Estudos Pedagógicos, v. 64, nº 147, maio/agosto 1983, p. 38-69.

CATANI, Maria N. A. (org). Escritos de Educação. Petrópolis, RJ: Vozes, 1988.

Grau. Um fenômeno conjuntural ou estrutural? In: Revista Educação. Ano 1, nº 3, abril/junho 1984, p. 20-2.

SILVA, Arlete Vieira da. O processo de exclusão escolar numa visão heterotópica. In: Revista Perspectiva. v. 25, nº 86, Erechim, junho 2000, p. 1-28.

FUNDHAS. Sobre a Fundhas. 2010. Disponível em <http://www.fundhas.org.br/sobre-a-fundhas/index.php>. Acesso em 20 nov. 2010.

SILVA, Luciana Santos Goulart e: A HISTÓRIA DA FUNDHAS “FUNDAÇÃO HÉLIO AUGUSTO DE SOUZA” E SUAIMPORTÂNCIA PARA O MUNICÍPIO DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS (Anais do XI Encontro Latino Americano de Iniciação Científica e VII Encontro Latino Americano de Pós-Graduação – Universidade do Vale do Paraíba 2007).

CONFERÊNCIA: BASES CONCEITUAIS E METODOLÓGICAS SOBRE OS DISCURSOS DE MENINOS E MENINAS SOBRE A INFÂNCIA

“BASES CONCEPTUALES Y METODOLÓGICAS SOBRE LOS DISCURSOS DE LOS NIÑOS Y NIÑAS”.

Dra Ana Vergara

“La conferencia presenta los principales postulados de los Nuevos Estudios Sociales de la Infancia, corriente de origen europeo pero también existente en América Latina., respecto a la investigación de la perspectiva de los niños sobre la realidad social en la cual se sitúan. Se analizan las ventajas y limitaciones de estos postulados, para luego proponer complementarlos con la noción de discurso social presente en el Análisis Crítico de Discursos. Se finaliza con algunas reflexiones respecto a los desafíos actuales de la investigación discursiva con niños y niñas.”

2ª MESA: *PROPOSTAS DE ATUAÇÃO JUNTO A POPULAÇÕES EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE SOCIAL*

INSTITUTO RUKHA

PROPOSTAS DE ATUAÇÃO JUNTO A POPULAÇÕES EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE SOCIAL-

PROJETO VIRADA SOCIAL

Sonia Soussumi

A palavra Rukha, vem do aramaico e significa SOPRO DE VIDA.

Fundado em outubro de 2004 através da parceria entre o médico e psicanalista Yusaku Soussumi e o empresário Marcos de Moraes, O Instituto propõe uma nova abordagem para o trabalho social, a partir de uma visão humano-realísta, apoiada em bases científicas.

Essa nova abordagem, na realidade é uma proposta de um novo paradigma para a questão social, por meio do qual, a busca da autonomia na luta pela sobrevivência, a percepção da responsabilidade individual e a contribuição de cada pessoa, na construção da vida social, são os elementos chaves a serem trabalhados, para que o estabelecimento de uma ordem social mais justa deixe de ser uma utopia.

Quando todos os homens, sem distinção de raça, credo, nacionalidade, profissão e status social, se empenharem em alcançar a transcendência, por meio do resgate e da aquisição de um conjunto de valores de ordem ética e moral, e passarem a nortear pensamento e ação, tanto individual quanto coletiva, a partir deles, uma nova ordem social estará instaurada e o moralismo conservador, tão nefasto à sociedade, porque nela propaga a importância da aparência, do falso e da superficialidade, terá dado lugar a um sistema de valores que não aprisiona, mas liberta o indivíduo, e capaz de engendrar relações sociais pautadas pelo respeito, consideração, solidariedade e compaixão.

Nossa metodologia apóia-se na premissa de que o ser humano é um sistema adaptativo complexo em si - mesmo, na relação com o outro e com o ambiente em que vive. Em função disso, busca na complexidade das disciplinas a compreensão da natureza e da dinâmica desse sistema adaptativo complexo, que são as bases efetivas para a criação de vínculos e redes sociais capazes de deflagrar o processo de mudança real do cenário

atual, caracterizado pela violência e degradação dos valores humanos, como tônica de comportamento.

Por ter uma visão do ser humano como um sistema adaptativo complexo, a metodologia do Instituto Rukha atua dentro dos parâmetros da Complexidade, que é uma escola filosófica que vê o mundo como um todo indivisível, e propõe uma abordagem Transdiciplinar para a construção do conhecimento, a mudança de paradigma, o abandono do reducionismo que tem pautado a investigação científica em todos os tempos, dando lugar à criatividade, que é a capacidade de trabalhar dentro do não organizado previamente.

O Projeto Virada Social é o principal projeto do Instituto e atende 200 famílias oriundas do trabalho nos faróis e dos catadores de papéis , residentes na zona sul da capital

O trabalho com essas famílias iniciou-se através da abordagem e mapeamento das crianças que se encontravam em trabalho infantil nos faróis da zona oeste da cidade de São Paulo.

Tal mapeamento demonstrou que o perfil das crianças abordadas nos faróis, possuíam residência fixa e moravam com a famílias em distritos pertencentes à subprefeitura do bairro de Pinheiros : campo Limpo e M´Boi Mirim, no distrito do Capão Redondo, Jardim Ângela e Jardim São Luis.

Inicialmente, como ponto de partida, inclusive para que tivéssemos acesso às favelas, pois éramos uma ONG desconhecida, priorizamos a erradicação do trabalho infantil, naquelas famílias, através de um contrato formal onde as famílias eram convidadas a participarem do Projeto Virada, e receberiam uma ajuda mensal de 350,00 reais durante quatro anos, mais a possibilidade de acessar um fundo de desenvolvimento de 150,00 reais até três pessoas da família para cursos profissionalizantes para os jovens e adultos, e em contrapartida se comprometiam a seguir todos os itens que são valores importantes para o Rukha: saída da venda nos faróis e de todo tipo de trabalho infantil, inserção nas escolas e centros recreativos para as crianças e adolescentes até a idade de 14 anos.Frequencia em reuniões mensais ,para todas as famílias do projeto, e participação nas reuniões dos pólos de moradia.

Receberiam a visita dos educadores do Rukha, para acompanhá-los em seu desenvolvimento.

Ficou convencionado que o não cumprimento das regras estabelecidas no contrato acarretaria desde a suspensão do auxílio até o corte do projeto, podendo, porém retornar no futuro, caso percebesse que havia perdido uma grande chance de ajuda, por responsabilidade de todos da família, e desejassem voltar para cumprir com o combinado no contrato anteriormente.

O objetivo Geral do projeto Virada Social é desenvolver cada família participante , no sentido da construção da dignidade humana, pela aceitação de compromisso de ser auxiliada na transformação dos

Histórico do Desenvolvimento do Projeto Virada Social

Em função da proposta de trabalho do Dr. Soussumi, o Instituto Rukha iniciou seu atendimento às famílias, tendo como base a naturalidade e espontaneidade e também no trato com os educadores.

1ª Etapa

A primeira seleção de educadores foi feita pela direção do próprio Rukha e evitou a escolha de especialistas no trabalho social, porque a proposta de um novo paradigma é inviável com o conhecimento já estabelecido. Os primeiros educadores então foram selecionados entre aqueles que estivessem mentalmente abertos ao novo, à mudança de paradigma que estava embutida em sua proposta de trabalho social.

Em função disso, a seleção baseou-se apenas nas qualidades psíquicas, que até hoje são destacadas como fundamentais para o trabalho, e não na experiência comprovada, porque naquela época a metodologia não estava ainda definida como forma de trabalho, mas ao contrário, ela seria construída á medida que os fatos fossem acontecendo.

Os valores desejados para a escolha dos educadores eram diferentes daqueles que até então existiam no campo social, ou seja, já ter experiência na área e possuir formação acadêmica voltada para o social. Valores esses que o Dr. Soussumi conhecia e desejava evitar que se instalassem no Instituto Rukha.

Assim, nesse primeiro momento, o trabalho com as famílias baseou-se na implantação da metodologia apenas como ação, sem que os seus fundamentos fossem transmitidos a todos os participantes, porque ele desejava que houvesse, em primeiro lugar, o

desenvolvimento de uma nova mentalidade de trabalho social, onde o afeto estivesse presente no atendimento ao próximo, assim como a liberdade de opinião entre os membros da equipe e de todos os participantes da Instituição.

Dessa forma, podemos dizer que a primeira etapa seguiu como havia sido planejada: sem esquemas fixos ou transmissão de conhecimentos.

2 ª Etapa- 2008-2209

A segunda etapa iniciou-se com a duplicação do número de famílias atendidas e também com o aumento do número de educadores.

A seleção dos educadores baseou-se nos aspectos psíquicos, acrescida da necessidade de experiência anterior em instituições sociais, porque o fazer da nossa metodologia já estava instaurado nos primeiros educadores, então o projeto já não corria o risco de se desvirtuar, e também, porque foi percebido que o preparo no atendimento das famílias é de fundamental importância.

Atualmente, a seleção é feita pela coordenação, todos os educadores, e funcionários de outras áreas do Instituto e esperamos que a partir de 2011 todas as seleções sejam feitas, para qualquer cargo, com todos os funcionários que quiserem participar, pois a experiência mostrou que, permitir que os novos funcionários sejam validados também pelos futuros colegas, facilita dessa maneira , não só a integração mais rápida na instituição, como minimiza as expectativas e fantasias à respeito dos novos colegas de trabalho ,além de internalizar nos educadores os valores desejados pelo instituto,

Passando a ter a tarefa de também ajudar a selecionar o educador sente-se mais responsável pelo novo integrante, além de manter uma interação muito grande com a coordenação do instituto.

Na prática, ele está construindo sua autonomia profissional ,tão necessária ao trabalho com as famílias e também para futuras coordenações quando houver expansão ou duplicação do projeto, dificultando assim as distorções metodológicas tão de acontecer em projetos inovadores.

Para finalizar, pensamos que para o Projeto Virada Social, o essencial é que as pessoas que cuidamos possam internalizar valores de saúde, habitação, relacionamentos e dinâmica familiar e social e terem a oportunidade de adquirir noções de Realidade via contato constante com o educador do instituto , que vai paulatinamente passando-lhe

noções de higiene corporal e da prole, cuidados com a moradia, noções da necessidade do controle dos gastos, projetos para o futuro, além da noção de planejamento familiar financeiro, como meio de dar conta das demandas que a vida impõe.

Ferramentas Metodológicas e de Gestão

.Histórico Familiar

Possibilita conhecer a história da família de origem, sua cultura, seus valores e seus registros básicos de memória.

- Genograma

Permite a visualização gráfica da estrutura familiar e análise do comportamento transgeracional e a dinâmica familiar.

- Painel de Gestão

Facilita a gestão do educador em relação as famílias que atende, através de registros mensais por eixos de atuação.

- Rede Social

Facilita a visualização de quais são os estímulos que a família está recebendo e em quais equipamentos está inserida.

- Quadro de Autonomia

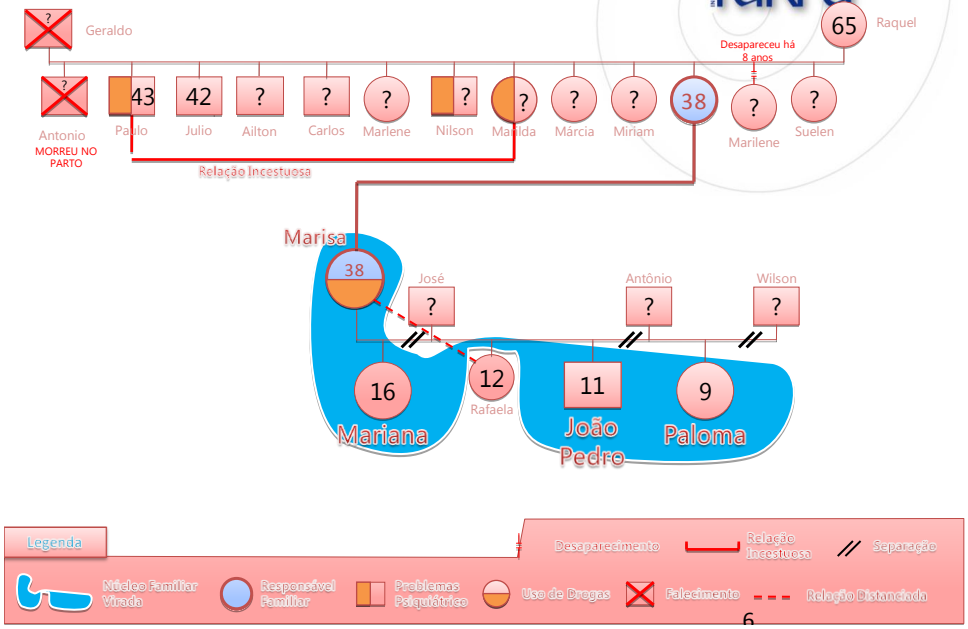
Demonstra por eixo, como está o nível de desenvolvimento e autonomia da família.

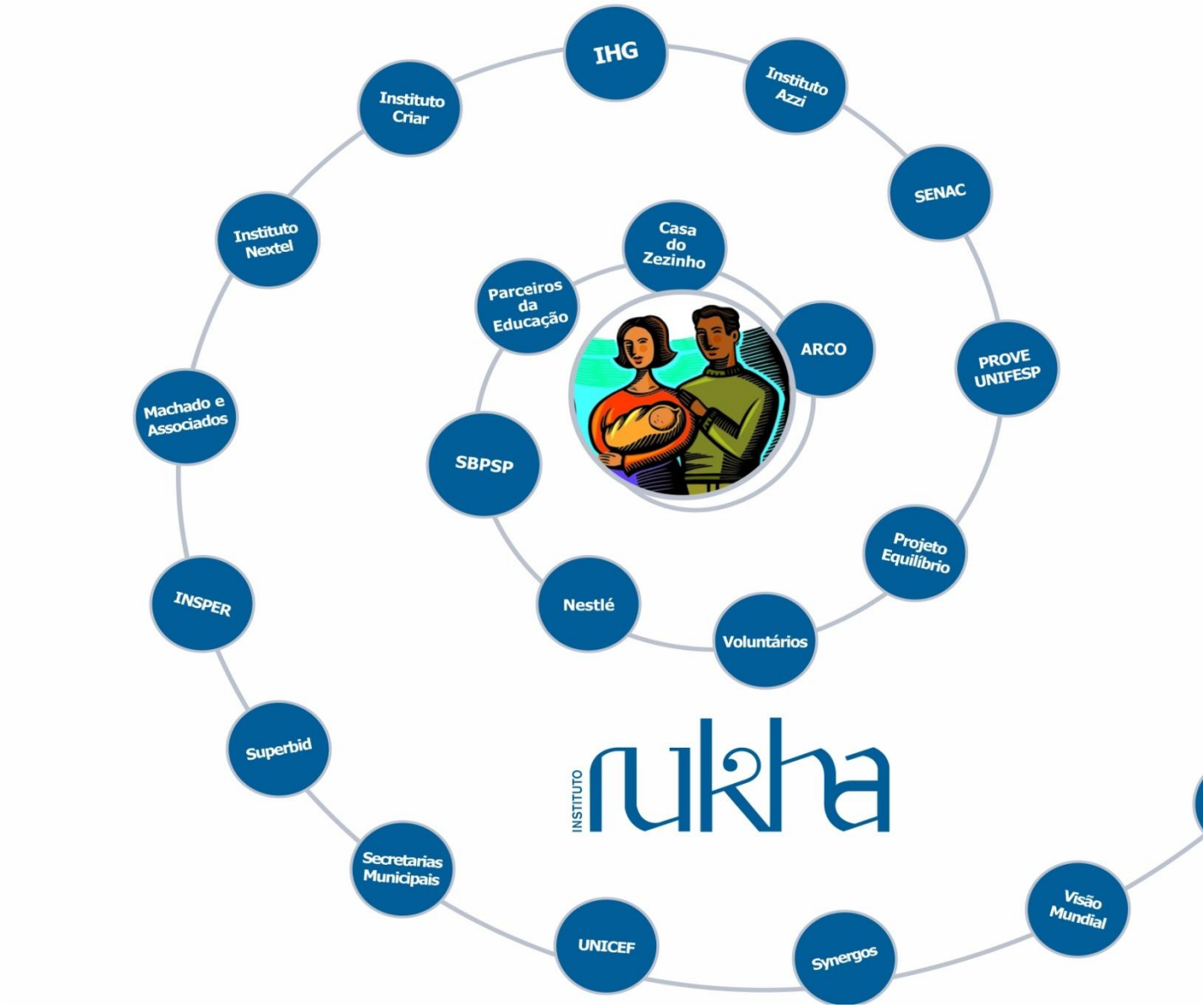
- Sistema de Informação Integrada - CRM

São registradas as principais informações relacionadas a cada família, permitindo extrair indicadores e uma visão do todo, em relação ao desenvolvimento das

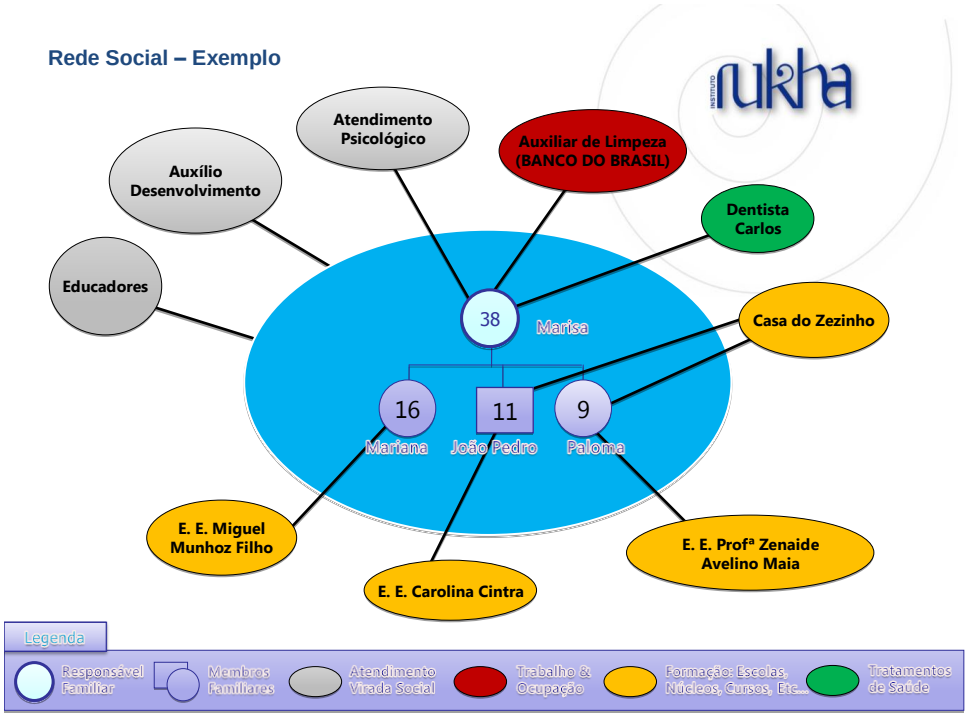
Alguns Gráficos que mostram algumas ferramentas e dados obtidos das 100 famílias iniciais do Projeto Virada.

Genograma


Geraldo
65
Raquel
Desapareceu há 8 anos
Antonio
MORREU NO PARTO
43
Paulo
42
Julio
Ailton
Carlos
Marlene
Nilson
Márcia
Miriam
38
Marilene
Suelen
Relação Incestuosa
Marisa
38
José
Antônio
Wilson
16
Mariana
12
Rafaela
11
João Pedro
9
Paloma
Legenda
Desaparecimento
Relação Incestuosa
Separação
Núcleo Familiar Virada
Responsável Familiar
Problemas Psiquiátrico
Uso de Drogas
Falecimento
Relação Distanciada


IHG
Instituto Azzi
SENAC
PROVE UNIFESP
Projeto Equilíbrio
Voluntários
Nestlé
SBPSP
Parceiros da Educação
Casa do Zezinho
ARCO
Instituto Criar
Instituto Nextel
Machado e Associados
INSPER
Superbid
Secretarias Municipais
UNICEF
Synergos
Visão Mundial
INSTITUTO rukha

Rede Social – Exemplo



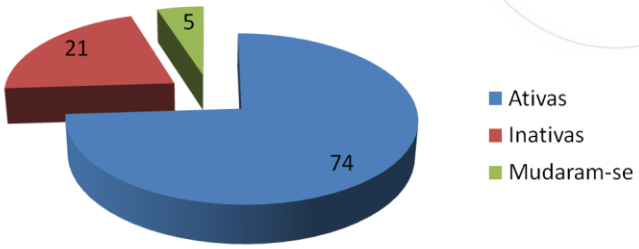
Autonomia (cont.)

- No projeto Virada em São Paulo, além do combate ao trabalho infantil, os seguintes eixos são priorizados na busca do desenvolvimento e autonomia:



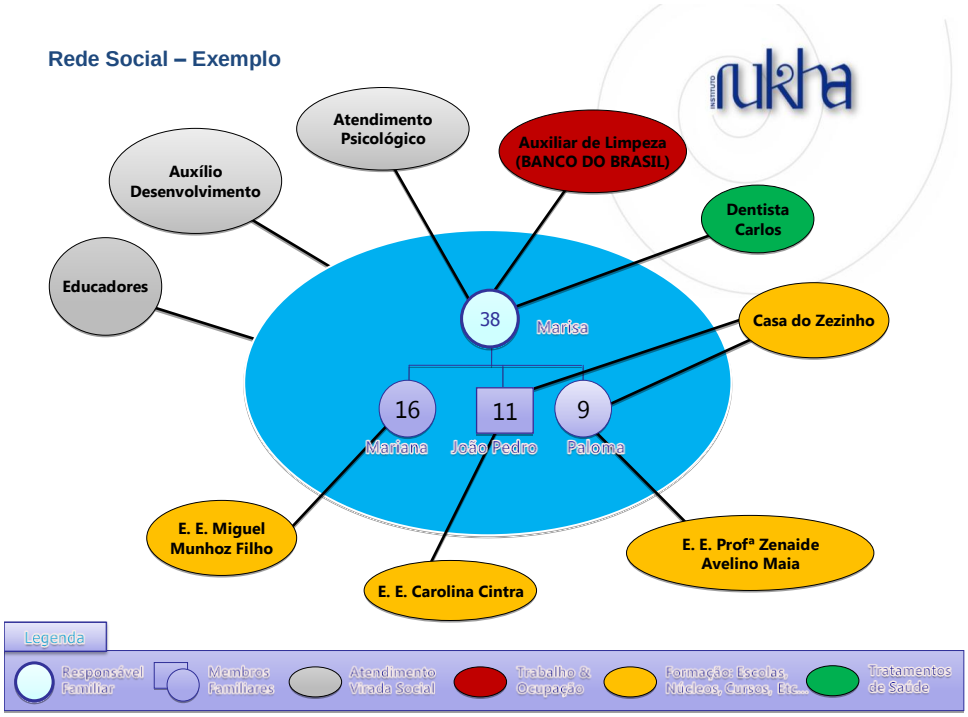
Avaliação Atual – Como estão as família do Ciclo I ?

- Quanto a participação das 100 famílias no projeto em 4 anos:



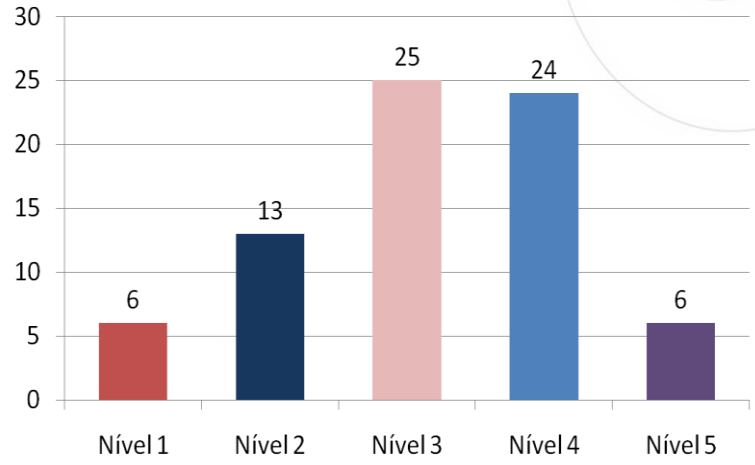
- As famílias inativas apresentaram desligamento por falta de interesse ou condição de cumprir as premissas da parceria durante este período.

Rede Social – Exemplo



Avaliação Atual – Como estão as família do Ciclo I ? (cont.)

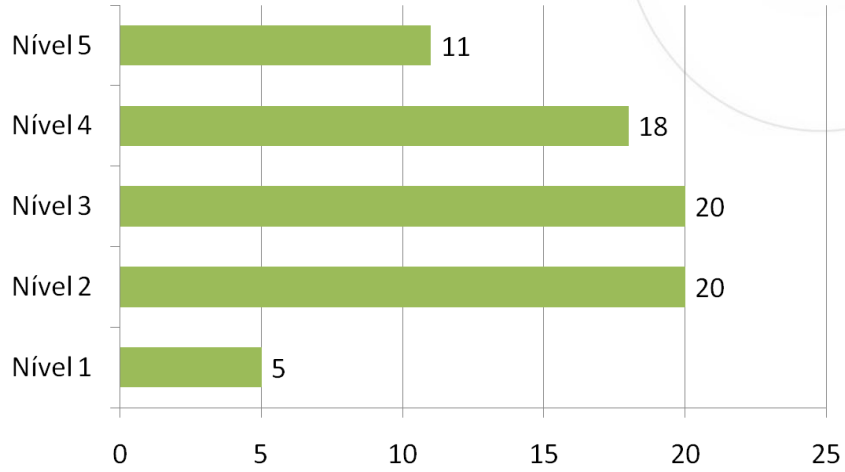
- Autonomia em relação ao Eixo Educação



No eixo **Educação**, 8% das famílias apresentam Nível 5, ou seja, não necessitam de intervenção dos educadores. Aproximadamente 64% internalizaram ou estão percebendo a importância da educação como um importante meio de desenvolvimento pessoal e inserção na sociedade atual, mas em algum aspecto necessitam do estímulo ou intervenção.

Avaliação Atual – Como estão as família do Ciclo I ? (cont.)

- Autonomia em relação a Ocupação e Renda



No eixo **Ocupação e Renda**, aproximadamente 15% não precisam mais do auxílio-desenvolvimento para complementar sua renda. 53% já não dependem exclusivamente do auxílio desenvolvimento, estando inseridas no mercado de trabalho. Ressaltamos que anteriormente a forma de se sustentarem era provinda do trabalho infantil.

Próximos Passos

- As famílias mais autônomas terão o foco do trabalho nos eixos específicos que ainda precisam desenvolver.

- Elas também receberão o Convite : Família Multiplicadora Voluntária – apoiar as outras famílias com suas experiências de melhor desenvolvimento, também por eixos.

- Torná-los parceiros para nos apoiar também em como aprimorar a nossa percepção das situações, diante de sua afinidade com as realidades das famílias.

Reflexão

- É perceptível que o desenvolvimento das famílias e do Instituto estão intrinsecamente relacionados, e evoluem constantemente, no sentido de uma espiral.

- O Ciclo II de famílias já apresenta resultados bastante perceptíveis e um pouco mais rapidamente no dia-a-dia, confirmados quando avaliamos o quadro unificado de resultados com todas as famílias.

Resultados Diretos com os 2 ciclos de famílias :

- **99%** crianças participantes do projeto fora do trabalho infantil
- **98%** crianças e jovens de 7 a 17 anos frequentando a escola formal
- **75%** delas estão inseridas em atividades complementares à escola;
- **49%** das famílias têm ao menos um membro da família com projeto de vida definido;
- **31%** dos participantes inseridos em cursos profissionalizantes;
- **29%** dos adultos desempregados reinseridos no mercado formal de trabalho
- **66%** das famílias com ao menos um membro com acesso a atendimento psicológico

ALGUNS ASPECTOS DA PROPOSTA DE TRABALHO DO INSTITUTO RUKHA

Yusaku Soussumi

Membro Efetivo da Soc. Bras. de Psicanálise de São Paulo

Presidente do Centro de Est. e Invest. em Neuropsicanálise

Vice Presidente do Instituto Rukha

O Instituto Rukha foi originariamente criado como o braço operativo do Centro de Estudos e Investigação em Neuropsicanálise (CEINP). Seu objetivo era operacionalizar sob a forma de trabalho concreto, as hipóteses teóricas criadas, testadas e aprovadas numa dimensão restrita de clinica privada, aplicada em dimensão microscópica, levadas para uma dimensão macroscópica do trabalho social, num sentido amplo.

O grupo que veio a constituir e assumir o nome de CEINP, após a fundação da Sociedade Internacional de Neuro-psicanálise em 2000, se propunha a estudar o Homem como um todo, em suas múltiplas dimensões, e facetas. Para isto, reunia estudiosos dos diversos campos especializados que no campo da Biologia, no campo das ciências humanas, físicas, astronômicas, etc., pretendendo não uma abordagem multidisciplinar, mas transdisciplinar, onde as fronteiras que levavam a fragmentação e outras conseqüências fossem rompidas. Este grupo tinha como objetivo contribuir para o desenvolvimento humano e na busca de caminhos que pudessem permitir à humanidade a resolução de conflitos que a assediam em todos s os níveis de sua expressão.

Engajados há mais de 30 anos no trabalho social, em suas múltiplas expressões, as lideranças do CEINP acabaram por encontrar a possibilidade de fundar O que seria seu braço operativo para executar os projetos sócio-educativos, baseados em premissas e hipóteses nascidas de seus estudos e investigações. Com uma dotação de um fundo com uma verba substancial, criado por um de seus associados, nasceu o Instituto RUKHA.

A longa experiência nos mostrava que malgrado a boa vontade que sempre existiu em todos os níveis, movido pela piedade, compaixão em grande parte, os trabalhos sociais redundavam na nossa avaliação e de alguns especialistas em longos estudos, em

resultados extremamente insignificantes se comparados com os investimentos realizados, quer econômicos, quer de dedicação pessoal.

Nós mesmos fomos no decorrer de nossa existência como profissionais produtivos, solicitados a contribuir com organizações beneméritas que realizam trabalhos monumentais entre nós e em outros países, quase sempre nos mobilizando através de campanhas que nos trazem cenas de situações pungentes e chocantes de condições humanas inacreditáveis. Mesmo nós estivemos engajados em trabalhos sociais em áreas, comunidades que se encontravam em condições abaixo das condições abaixo da miséria, promovendo um trabalho de salvamento, assistência e de promoção. Quantos trabalhos anunciados como grandiosos por organizações internacionais, envolvendo, universidades, cientistas, operadores de alto nível, com verbas e outros recursos abundantes, acabaram depois de algum tempo, deixados de lado, talvez com algum benefício, porém sem qualquer possibilidade de continuidade de movimentação ou no estagio alcançado enquanto os agentes estiveram presentes aplicando os preceitos estabelecidos no projeto.

Para nós a visão dominante nos meios que se dedicam ao trabalho social é da visão romântica do Homem, ou nem levam cogitam em considerar com fator importante. Encontramos em muitas situações considerações de natureza ideológica, em que os raciocínios são desenvolvidos para se chegar a conclusão de que pobreza existe em função da exploração espoliativa do rico sobre o pobre. Conhecemos fatos históricos em que se preconizou a destruição dos ricos exploradores, para que as riquezas pudessem ser distribuídas equitativamente a todos de forma igualitária. No nosso ponto de vista uma visão simplista, que resultou no que resultou, nem permitiu que a experiência servisse de feedback para repensar a questão. Da mesma forma, assistimos de uma forma aproximada as crises econômicas que se abatem sobre os países e povos, aumentando mais ainda o sofrimento das populações abaixo da linha da pobreza. Os diagnósticos e as soluções preconizadas pelos estadistas, pensadores e economistas premiados, são sempre referentes questão puramente de produção, mercado, competição, etc. sem se dar conta de que no âmago da questão estão as mesmas causas que levam a existência destas grandes situações humanas que exigem um trabalho social contínuo.

Sintetizando, sem maiores possibilidades de discussão aqui, consideramos que a causa da miséria humana é da humanidade como um todo. É a própria condição de desenvolvimento humano, igual nas classes abastadas situadas no topo da pirâmide

social, que movimentam o mundo, e nas classes de populações vivem em condições sub-humanas, como nos mostram os estudos e investigações desapaixonadas do ser humano.

Com o objetivo de realizar um trabalho experimental, na busca de maior efetividade, acreditando que o trabalho social que pretendesse promover verdadeiramente a mudança social duradoura, e permanente, colocando as pessoas, as famílias, a comunidade envolvidas em um patamar mais elevado para à partir daí possibilitar as mudanças contínuas, naturais e espontâneas, optamos por uma metodologia inovadora. Uma abordagem dentro da visão dos sistemas adaptativos complexos, que implica naturalmente em um trabalho em rede, envolvendo agentes e atendidos, assim atingindo indistintamente todos os seguimentos das sociedades num trabalho sócio-educativo, guardando a especificidade de cada situação, e em cada momento emergencial.

Hoje decorridos 4 anos da criação do Instituto RUKHA, temos um trabalho em rede que envolve desde o parceiros (pessoas e instituições), que apóiam economicamente, além de apoios estratégicos, até as famílias atendidas que buscam apreender nossos recursos metodológicos de desenvolvimento para trabalharem na própria de comunidade de origem, e no seu entorno, ajudando outras famílias e pessoas a buscarem seus desenvolvimentos pessoais para que conquistando suas identidades possam como elas se tornarem autônomas, e com capacidade de auto-sustentação. Uma rede de um desenvolvimento humano continuo se estabelece. Com a compreensão, pela experiência de trabalhar na promoção do outro, de que o desenvolvimento é sempre mútuo, entre provedor e provido, todos envolvidos se encantam com suas próprias conquistas.

Assinalamos algumas premissas elaboradas e fortalecidas no trabalho investigatório do CEINP, para serem salientadas:

<u>Alguns aspectos da natureza do Homem que são fundamentais nas nossas concepções</u>.

- O Homem é um animal. Na escala evolutiva o Homem se encontra no topo até este momento.

-O Homem é uma experiência inacabada, encontrando-se em pleno processo de evolução, e, portanto além de compartilhar com os instintos pré-programados, inatos, fundamentais para a sobrevivência da espécie, originadas pela herança filogenética, se

encontra a meio caminho no desenvolvimento das funções desejáveis e específicas ao ideal humano. .

-A Evolução é cega, assim aonde o Homem chegará ao processo evolutivo é imprevisível.

-A Conquista da Consciência de ter Consciência poderá ser letal para a própria sobrevivência do Homem.

-O Homem com a conquista da consciência adquiriu o livre arbítrio e a capacidade de escolha.

-Com a conquista da consciência o Homem se tornou o único animal na natureza, com potencialidade para se libertar o Instinto de Sobrevivência, adquirindo a condição de Transcendência.

-Nossos estudos nos levaram a realizar uma classificação que nos é própria: os estágios de desenvolvimento humano em termos ético-morais e outros em estágio hominídeo e estágio humanídeo:

> -Hominídeo é o individuo aprisionado pelo Instinto de Sobrevivência individual, dominado pelo Princípio do Prazer, onde acima de tudo está a garantia de sua sobrevivência quer seja pelo poder, acumulo de recursos (como a riqueza material), sem se preocupar com o outro, e voltado exclusivamente para o alívio a qualquer custo, pela eliminação da dor, sofrimento, ameaça, e pela satisfação que estes asseguramento lhe traz.
>
> -Humanideo, como nós particularmente nomeamos, é o indivíduo que se libertou dos aguilhões do Instinto de Sobrevivência, se tornou capaz de aceitar a realidade na sua totalidade, bem como a finitude de sua vida, a atemporalidade, a imprevisibilidade. Compreendeu a inevitabilidade da dor, do sofrimento, da perda como ocorrências naturais na vida ao lado de alegrias, prazeres. Isto o leva ao desapego, ao compartilhamento com o outro, a relação empática, e à compaixão.

-O Homem poderá pelo desenvolvimento da consciência, que se fizer dentro de valores chamados humanísticos, libertar-se do egoísmo, para alcançar o altruísmo, o social-ismo.

-Este desenvolvimento de valores humanísticos construtivos neste referencial ético-moral, não se faz naturalmente. Ocorre sob a forma de saltos na linha de continuidade evolutiva, após uma situação extremamente significativa. Mas é produto da escolha e volição,

contrariando na quase totalidade das situações, os preceitos do Princípio do Prazer, da garantia individual, e outros valores valorizados pelo instinto de sobrevivência.

-

Alguns aspectos do funcionamento neuropsíquico que levamos em conta

-O cérebro humano como de todos os animais, nasce com os circuitos neuronais já previamente pré-formados, que correspondem às experiências que a sua espécie irá protagonizar no decorrer de sua vida , no meio a que se destina, guardando como registro de memória as sensações corporais, emoções, e as características componentes da experiência, bem como o resultado, na sua qualidade e intensidade.

-É de primordial importância a experiência de relacionamento, intersubjetivo que se processa entre a mãe e o bebe, em termos de satisfação de necessidades e desejos do bebe. Ficam registradas de forma indelével e básica estas experiências quer sejam satisfatórias, ou insatisfatórias ou traumáticas ou de ausência como determinante no comportamento futuro do indivíduo.

-É sobre esta relação primordial que vão se constituindo os alicerces para as funções empáticas do indivíduo, que vai permitir ou não as pessoas terem a capacidade de captar o que se passa afetivo-emocionalmente com outro. A empatia é a base para a compaixão e para o desenvolvimento dos sentimentos de consideração e altruísmo em relação ao outro.

-O fortalecimento de uma postura dentro do desenvolvimento seja humanístico ou hominídeo vai depender dos registros de memória em circuitos neuronais, que facilitarão ou dificultarão a tendência e a repetição dos modos de sentir, pensar e agir.

-A infinita possibilidade de constituição de circuitos neuronais, constituídos por bilhões de neurônios e trilhões de conexões, combinados coma multiplicidades de variações que o meio em mutação perene e constante proporciona, traz como resultado a característica da peculiaridade de cada indivíduo.

-Cada indivíduo, vai experimentar uma mesma situação de forma diversa, de forma única que lhe é peculiar. Assim, para saber do outro eu preciso percebê-lo, vê-lo, ouvi-lo no que lhe é profundamente dele, e não cabe no meu referencial.

-Nestes termos para nós não existem pessoas diferentes, mas diversas. E a soma dos diversos faz a força;

-

Alguns aspectos do método de abordagem do social e do trabalho socioeducativo

-Uma das questões fundamentais de nosso método é que para que possamos alcançar o outro, apreender a experiência do outro, eu preciso estabelecer uma relação empática com ele.

-Para conhecer a familia e a sua dinâmica, os membros da família, o educador necessita de ter a capacidade empática, aproximar-se da familia, penetrar na intimidade da familia, até como que tornar-se um membro desta família, para a partir deste lugar, iniciar o trabalho sócio educativo, começando pela apreensão dos membros e da familia como um todo.

-Dentro da peculiaridade de cada individuo, de cada familia, o educador vai servindo de guia para que cada um possa desenvolver o que não teve possibilidade de desenvolver pessoalmente, em termos valores.

-No nosso projeto não existe um planejamento, algo pronto para ser aplicado nas famílias ou nos seus membros. Os planejamentos vão se fazendo na medida em que através dos acontecimentos emergentes no encontro do cotidiano, ou alguma outra situação emergencial surgida requeira uma determinada orientação de intervenção. O plano, como o caminho vai se construindo caminhando.

-O que se busca é que cada indivíduo, seja criança, ou adulto, ou familia, seja desenvolvida dentro de sua natureza, na sua individualidade, de acordo com suas aptidões, onde os educadores são os auxiliares na viabilização destas possibilidades pelo desenvolvimento pessoal.

-Na nossa concepção não há certo e errado. Existe o resultado de uma experiência, a espera de uma análise, compreensão e ação decorrente. Existe sempre o resultado que vai servir de feedback para o passo seguinte.

VISÃO INTERDISCIPLINAR NA PERSPECTIVA DA POLÍTICA PÚBLICA DE PREVENÇÃO

Luigi Bertoncini[7]

Falar sobre interdisciplinaridade é hoje uma tarefa ingrata e difícil. Em verdade, quase impossível. A verdade é que não há nenhuma estabilidade relativamente a este conceito.
No entanto, é um fenômeno curioso que, embora não haja um conceito de interdisciplinaridade relativamente estável, apesar de tudo, a palavra tenha uma utilização muito ampla e seja aplicada em muitos contextos (PIMENTA, 2004).
"É preciso aprender a navegar entre a loucura que a interdisciplinaridade desperta e a lucidez que a mesma exige" (Fazenda, p.141, 1994)

No caso de gestão de empresa ou organização, onde alguma coisa designada por interdisciplinaridade é usada como processo expedido de gestão e decisão, que tende cada vez mais reunir equipes interdisciplinares para trabalhar na concepção de planificação e produção.

A palavra por si só tem uma variação que pode facilmente ser interagida com a palavra integração, palavra que aparece constantemente em concorrência com a palavra interdisciplinaridade assim como a palavra globalização, mundialização.
Há, pois uma flutuação de conceitos mesmo no interior da palavra disciplina, uma complicação acrescida provém do fato de não haver apenas uma, mas quatro palavras para designar essa qualquer coisa de que se tem a falar: pluridisciplinaridade, multidisciplinaridade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade. Todas as quatro palavras têm uma mesma raiz, Disciplina.
Disciplina como lado do saber, como lado do componente curricular, como lado de conjunto de normas ou leis que determinam atividade ou comportamento de um certo grupo (PIMENTA, 2004). Mas as palavras referidas terem a mesma raiz não ajuda muito a

[7]Professor/psicopedagogo e Mestrando em Desenvolvimento Humano: Formação, Políticas e Práticas Sociais- UNITAU e Consultor para infância e adolescência, coordenador de projetos do Programa Municipal Antidrogas do Município de São José dos Campos/SP.

resolver a equivocidade de que todas elas padecem já que essa raiz remete ela mesma para três horizontes diferentes.

Tanto o pluri ou multidisciplinaridade, não faz sentido distinguir entre pluri e multi, do ponto de vista etimológico, supõe estabelecer um tipo e coordenação, interdisciplinaridade é um conceito que invocamos sempre que nos confrontamos com os limites do nosso território de conhecimento, interdisciplinaridade como atitude de ousadia e busca frente ao conhecimento, Um olhar de múltiplas, porém precisas direções consubstanciam-se num real exercício de interdisciplinaridade.

Para Fazenda (2008, p.17) definir a interdisciplinaridade como junção de disciplinas, cabe pensar currículo apenas na formatação de sua grade. Porém se definirmos interdisciplinaridade como atitude e busca frente ao conhecimento, cabe pensar aspectos que envolvem a cultura do lugar onde se formam professores, assim como educadores e agentes sociais.

Definição clássica produzida em 1970 pelo CERI — Centro para Pesquisa e Inovação do Ensino —, órgão da OCDE (Documento Ceri /HE /SP / 7009), no qual interdisciplinaridade é definida como interação existente entre duas ou mais disciplinas, verificamos que tal definição pode nos encaminhar da simples comunicação das idéias até a integração mútua dos conceitos-chave da epistemologia, da terminologia, do procedimento, dos dados e da organização da pesquisa e do ensino, relacionando-os. Tal definição, como se pode constatar, é muito ampla, portanto não é suficiente nem para fundamentar práticas interdisciplinares.

Fourez (Apud Fazenda, 2008) fala-nos de duas ordens distintas, porém complementares, de compreender uma formação interdisciplinar de professores, uma ordenação cientifica e uma ordenação social. A ordenação social busca o desdobramento dos saberes científicos interdisciplinares às exigências sociais, políticas e econômicas.

> Também é preciso frisar que apostar na interdisciplinaridade significa defender um novo tipo de pessoa, mais aberta, mais flexível, solidária, democrática. O mundo atual precisa de pessoas com uma formação cada vez mais polivalente para enfrentar uma sociedade na qual a palavra mudança é um dos vocábulos mais freqüentes e onde o futuro tem um grau de imprevisibilidade como nunca em outra época da história da humanidade

Santomé (1998, p. 45)

Uma experiência de política pública onde a interdisciplinaridade está acontecendo é no município de São José dos Campos com o Programa Municipal Antidrogas (PROMAD) que é composto por ações já existentes desenvolvidas pela Prefeitura de São José dos Campos. São elas: tratamento de dependência química e internação por meio do CAPS-AD, campanhas do Programa Trânsito Seguro, fiscalização de trânsito e no comércio, ações do Conselho Municipal Antidrogas, Fundo Antidrogas Municipal e mais cinco ações efetivas, subdivididas em 14 atividades ou projetos.

Nessas ações estão inseridas as propostas elaboradas pelo Comitê Antidrogas da Sociedade Civil e Prefeitura, analisadas e aprovadas pelo Conselho Municipal Antidrogas (COMAD), bem como pela Câmara Municipal.

A primeira fase do Programa Municipal Antidrogas trata da prevenção ao álcool para crianças e adolescentes. Durante sua execução, entretanto, estão contempladas ações de orientação, tratamento e fiscalização voltadas às drogas lícitas e ilícitas.

O objetivo do Programa Municipal Antidrogas é se transformar em ferramenta para toda a comunidade na construção de um futuro melhor por meio de ações de prevenção a repressão ao uso de drogas. Neste primeiro momento (2010), seu foco está voltado à atenção integral à criança e ao adolescente em relação ao uso e abuso de álcool.

Programa Municipal Antidrogas (PROMAD) tem como principais pontos:

- Ajustes administrativos iniciais, como criação e apresentação da equipe do Centro Municipal de Referência sobre Drogas (CMRSD), definição das atribuições das Secretarias Municipais, COMAD, entre outros;
- Ações de publicidade permanentes, que vão culminar em grande campanha publicitária nas mídias disponíveis (rádio, televisão, jornal e internet);
- Reforço na orientação sobre a legislação existente, com ênfase na prevenção ao uso e abuso de bebidas alcoólicas. Fortalecimento na fiscalização, sobretudo à venda de bebidas para crianças, adolescentes e jovens. Ampliação nas blitze de trânsito;
- Melhoria constante das políticas públicas voltadas à juventude, como a implementação do Centro de Referência da Juventude – que incluirá atividades de esporte, cultura, educação, informação, cidadania, empreendedorismo e lazer. Esse item também engloba a publicação do guia “São José Jovem”, que tem

> informações detalhadas sobre como acessar os mais de 130 programas voltados especificamente aos jovens de São José dos Campos.

A prevenção é conseqüência da parceria e do trabalho conjunto e incessante de todos os segmentos da sociedade e do poder público, pela “responsabilidade compartilhada”, com atenção à saúde física, mental, individual e coletiva, valorização das relações familiares, incentivos educacionais e melhoria contínua da qualidade das condições de vida, pela multiplicação constante dos conhecimentos sobre drogas mais a identificação e eliminação dos fatores de risco, formando-se uma rede de atuação comunitária. Esse grupo é o Centro Municipal de Referência Sobre Drogas, de ação permanente junto à comunidade, responsável pela coordenação técnica, acompanhamento, avaliação e recondução do Programa Municipal Antidrogas, subsidiando todas as ações e mantendo-se como canal aberto à população. Tanto o Programa Municipal Antidrogas como o CMRSD é coordenado pela Secretaria de Juventude, que é articuladora das diversas secretarias e fundações do município na condução e efetivação dos projetos. Cada projeto é efetivado através de grupo de trabalho – GT, onde um pequeno grupo de representante de algumas secretarias e fundações juntamente com a Secretaria de Juventude pensa e define estratégias para cada ação ou projeto, e posteriormente é apresentado a todo CMRSD, que também apreciam e sugerem dentro das ações e atividades.

O ponto que quero ressaltar é sobre o Centro Municipal de Referencia Sobre Drogas - CMRSD, pois este é composto por representantes de dez secretarias e duas fundações, que tem a incumbência de um trabalho conjunto e intersecretarial ou interdisciplinar. O Centro Municipal de Referencia Sobre Droga é uma forma incessante de todos os segmentos do poder público na atuação no desenvolvimento de trabalhos e das ações propostas no Programa Municipal Antidrogas, dando ênfase na prevenção primária, através de uma equipe Multidisplinar formada pelas diversas secretarias, fundações e o COMAD, que dão sustentabilidade ao processo, numa linguagem de uma “gestão de responsabilidade compartilhada”.

Esta experiência tem sido importante, pois a participação de profissionais de diversas áreas faz com que diferentes pontos de vista possam ser utilizados nas atividades do programa. O trabalho de prevenção deste fenômeno tem várias visões e não há prevalência de um setor ou área, mas uma junção de experiência e conhecimento que são complementares, fazendo com que o envolvimento do setor público é quase que

unanime e envolvente. Além dos profissionais do serviço público envolvidos, também há a participação da sociedade civil organizada e outros órgãos estatais, como as policias (Civil e Militar), que faz com que toda a sociedade Joseense esteja mobilizada e aderente ao Programa.

A interdisciplinaridade é o principal fator responsável pelo desenvolvimento e de toda a efetividade do Programa, porém o seu desenvolvimento é muito difícil, pois, a interdisciplinaridade não é um paradigma estabelecido dentro da política pública, é muito comum, dentro do setor público, cada setor desenvolver seus projetos e programas de forma seccionados, é uma questão de cultura. Os diversos recursos não são otimizados, sendo muito comum ter ações semelhantes e simultâneas na mesma prefeitura municipal. Também é relevante ressaltar que o Programa Municipal Antidrogas é interdisciplinar e tem uma coordenação feita por uma secretaria meio, ou seja, ela praticamente não atende diretamente a população, mas articula os projetos e programas, saindo do olhar tradicional, como saúde, educação, fiscalização e repressão, tendo como norte a juventude em sua totalidade, esta experiência tem sido exitosa por estes dados apresentados e pela coragem do gestor público em enfrentar uma problemática difícil de se combater e erradicar, mas pode ser evitado por muitas Criança e adolescente o uso, abuso das drogas.

REFERENCIAS:

Disponível em http://www.sjc.sp.gov.br/sejuv/antidrogas, acesso em 16/11/2010, na rede mundial de computadores.

FAZENDA, Ivani C.A. **Interdisciplinaridade**: História, Teoria e Pesquisa, /Campinas/SP, Papirus, 1994.

FAZENDA, Ivani C.A. (org.) **O que é interdisciplinaridade?** Cortes editora, São Paulo/SP, 2008.

PIMENTA Carlos (Coord.), POMBO, Olga. “Interdisciplinaridade, Humanismo e Universidade", Campo das letras, Porto, 2004.

SANTOMÉ, Jurjo Torres. Globalização e interdisciplinaridade: o currículo integrado. Porto Alegre: ARTMED, 1998.

CONSTRUINDO CAMINHOS NA PREVENÇÃO A VIOLÊNCIA.

Marli de Oliveira[8]

Eduardo José Pan[9]

RESUMO

O projeto Construindo Caminhos é desenvolvido pela organização Liga Solidária, na unidade educacional Educandário Dom Duarte, localizada no Distrito Raposo Tavares.

O trabalho apresentado, é fruto do desenvolvimento de um projeto de prevenção a violência doméstica onde procuramos disseminar propostas de prevenção. Em fevereiro de 2005, a Liga Solidária implantou o *Pólo de Prevenção a Violência Doméstica e Sexual* e desde 2006 desenvolve atividades por meio de oficinas e sensibilização dos atores sociais, as principais atividades são: Capacitação de 220 profissionais da organização e da Rede Comunitária; grupos de famílias, visita domiciliar; encontros sócio educativos; oficinas de Cultura de Paz a 370 crianças e adolescentes; ações de prevenção para o fortalecimento e disseminação da Rede.

Na medida em que os trabalhos foram se intensificando, houve a necessidade de qualificar as ações, como a acolhida; construção de fluxos para o atendimento. No período de junho de 2008 a outubro de 2010, registramos cumulativamente 148 casos de violência, os maiores indicadores violência física, sexual e estrutural.

Palavras chaves: Prevenção a violência - Famílias vulneráveis.

Construindo Caminhos na Prevenção a violência doméstica, abuso e exploração sexual de crianças e adolescentes.

Palavras chaves: Prevenção a violência - Famílias vulneráveis - Fortalecer Redes.

[8] Psicóloga – Mestre - Coordenadora Geral doo Projeto Religar
[9] Gestor Técnico

O projeto Construindo Caminhos é desenvolvido pela organização Liga Solidária, na unidade educacional Educandário Dom Duarte, no programa Religar - Parceria com Famílias e Comunidade, localizado no Distrito Raposo Tavares.

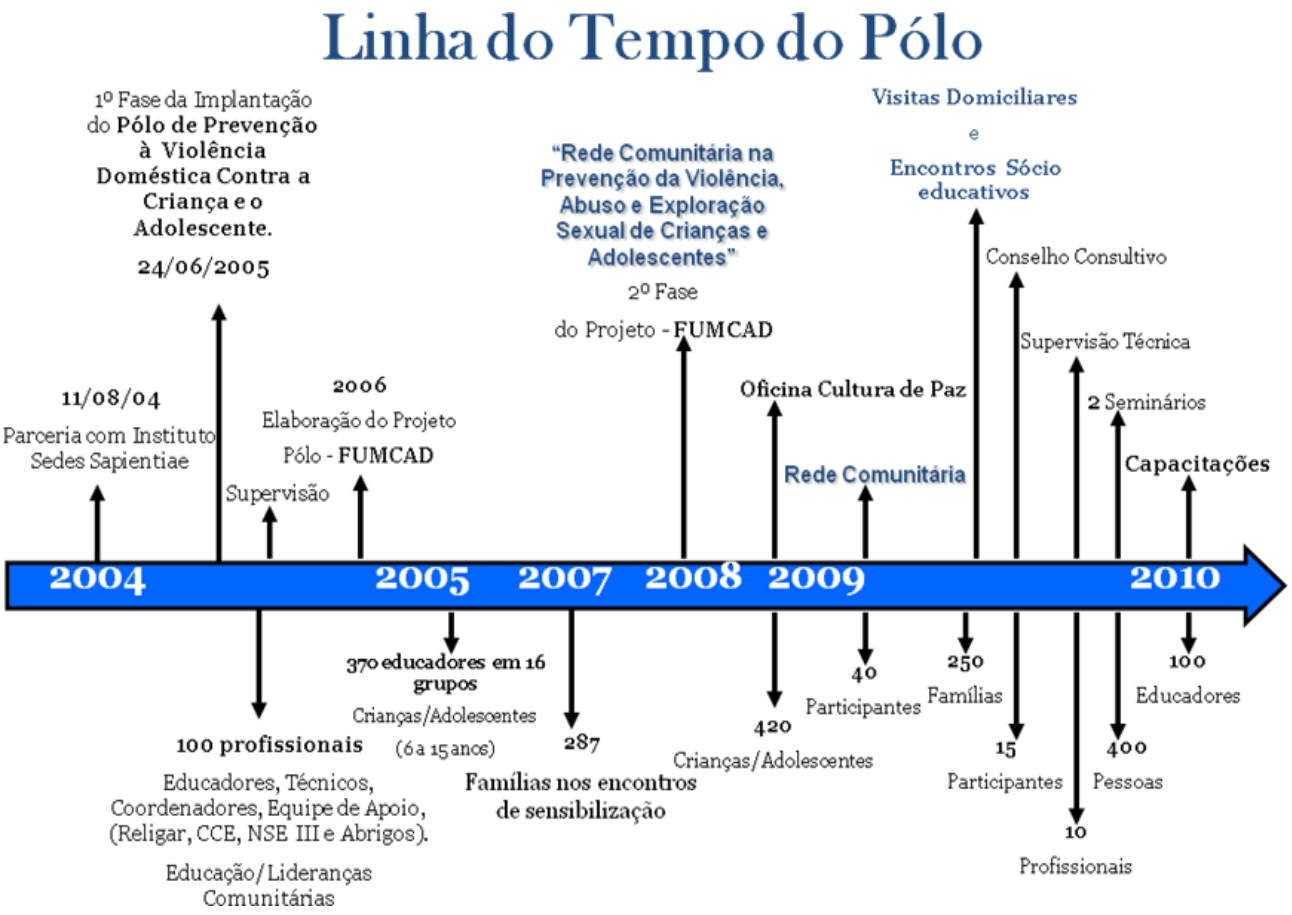
O trabalho apresentado, é o resultado do desenvolvimento de um projeto de prevenção a violência doméstica, abuso e exploração sexual contra a criança e o adolescente, no âmbito institucional, com as famílias dos programas da Liga e com a comunidade do entorno.

Em fevereiro de 2005, a Liga Solidária implantou o *Pólo de Prevenção a Violência Doméstica Abuso e Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes. Desde* 2006 a Liga, por meio do Pólo, desenvolve atividades e ações de prevenção, com o seu público direto e indireto: crianças, adolescentes, famílias e idosos. Com sensibilização das famílias em condições de vulnerabilidade social, capacitação de educadores e outros atores sociais, buscando o fortalecimento, autonomia a compreensão do fenômeno da violência.

A nossa fundamentação teórica tem base em Edgar Morin (Teoria da Complexidade), Jacob Levy Moreno - Psicodrama e na Teoria dos Sistemas. O conjunto de teorias e técnicas embasam a abordagem terapêutica, aplicabilidade das técnicas, e visto o funcionamento da família em sua integralidade. O grupo em interação, a interação entre as pessoas, influencia, amplia e modifica as relações e, todos os indivíduos envolvidos participam do processo. Os autores percussores da metodologia sistêmica são: Ludwig von Bertalanffy (criador da teoria sistêmica); Tom Andersen (Processos Reflexivos); Gregory Bateson - pensador sistêmico e epistemológico da comunicação.

As principais atividades realizadas:

- Capacitação de 220 profissionais da organização;
- Formação de 40 profissionais na Rede Comunitária;
- Oficinas de Cultura de Paz a 420 crianças e adolescentes;
- Acolhimento e atendimento as famílias vítimas de violência doméstica;
- Encontros sócio educativos temáticos com as famílias;
- Visitas Domiciliares;
- Encontros sistemáticos da Rede de Pólos de Prevenção a violência doméstica da Cidade de São Paulo;
- Fortalecimento e disseminação da Rede Comunitária para prevenção a violência;
- Articulação, mobilização e ações de prevenção.



As ações de prevenção nos levaram a pensar em soluções mais coletivas, buscar alternativas para o fortalecimento e enfrentamento ao fenômeno da violência e contribuir na formação dos atores sociais, acreditando que o conhecimento por meio da formação, no conjunto, favorece a percepção do outro, a agilidade em identificar as situações de violência, mesmo quando não há verbalização do fato em si, no diagnostico e encaminhamento eficaz dos casos.

Em 2007 a Rede Comunitária de Prevenção a Violência doméstica, Abuso e Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes e suas famílias foi formalizada, desde então as capacitações de profissionais da organização, parceiros e lideranças comunitárias do entorno, tem sido contínuas, este trabalho está pautado na construção de uma Cultura de Paz e uma Comunicação não-violenta.

Em 2008 tivemos o apoio financeiro do Fundo Municipal da Criança e do Adolescente - FUMCAD, o que possibilitou a Liga estruturar uma equipe de profissionais constituída por um Gestor, técnicos com formação em Psicologia e Serviço Social e educadores.

Na medida em que os trabalhos foram sendo desenvolvidos e intensificados, percebemos a necessidade de aprimorar, qualificar as ações e os serviços realizados, como: estruturar a triagem, a acolhida nos casos de violência identificados em nossa região; construir os fluxos para o atendimento e intervenção, suprir a falta de escuta e acolhida identificados na maioria dos serviços que exigem atendimentos especializados para as vítimas de violência doméstica e sexual, e o nosso espaço físico.

Entre outubro de 2008 e o mesmo período de 2010, registramos cumulativamente 148 casos de violência, os indicadores de maior relevância foram a violência física, sexual e estrutural.

Vale ressaltar que embora os atendimentos não estivessem previstos na primeira fase do projeto, a necessidade da demanda e o número insuficiente de serviços especializados na região nos levou a organizar uma forma de atendimento.

Pela complexidade e conjunto de necessidades apresentadas fomos agregando profissionais parceiros que disponibilizaram voluntariamente os serviços à comunidade, como: uma equipe de profissionais que realizam Atendimento Terapêutico; Mediadoras de Conflitos; Grupo de advogados para apoio jurídico e que residem na região.

O Projeto CONSTRUINDO CAMINHOS na Prevenção a violência doméstica, abuso e

exploração sexual de crianças e adolescentes, justifica-se pela região em que está inserido. O Distrito Raposo Tavares possui um total de 96.584 habitantes (Seade, 2008) e sua população apresenta o mais baixo índice de desenvolvimento humano da região (IDH), 0,50. O distrito concentra o maior número de áreas com altos níveis de vulnerabilidade social (5 e 6) dentro dos distritos da Subprefeitura do Butantã, distribuídas nas 22 favelas da região.

Ao longo desses anos, percebeu-se que o trabalho em rede amplia a socialização, é um mecanismo eficaz, transparente no contexto das relações e principalmente de possibilidades para trazer à superfície o problema da violência doméstica, abuso e exploração sexual, uma vez que existe articulação, troca, disseminação de informações, ampliação do conhecimento técnico e a busca de alternativas para sanar o problema. Este conjunto de possibilidades minimiza a solidão e rompe com o “pacto do silêncio” um dos principais obstáculos no combate à violência.

A Liga Solidária na continuidade dos trabalhos de capacitação de seus profissionais e dos diversos atores sociais que integram o projeto, juntos, acreditam que a disseminação do conhecimento quebra barreiras e consolida uma nova cultura, que possa se fundamentar no afeto, acolhimento, conhecimento, no fortalecimento de Redes e no “internalizar” uma Cultura de Paz e uma Comunicação Não Violenta, para um mundo melhor.

É importante dizer que acreditamos na sensibilidade e compromisso do poder público e na constituição de parcerias para a efetivação de uma Política Pública que possa prevenir, atender, tratar os cidadãos com dignidade, nas diferentes questões de violência. Por isso a importância dos órgãos governamentais e enquanto estado estarem presentes no exercício do seu papel a esta situação de tamanha gravidade e proporção, que é a violência.

“ Só engrandecemos o nosso direito à vida cumprindo o nosso dever de cidadão do mundo”

Mahatma Gandhi

TRABALHOS APRESENTADOS NA SESSÃO DE POSTERES

TRABALHOS COPLETOS APOIAR

EVOLUÇÃO PSICOSSOMÁTICA DE PACIENTE COM DOR LOMBAR CRÔNICA EM PSICOTERAPIA BREVE

Márcia Aparecida Isaco de Souza[10]

José Tolentino Rosa[11]

Leila Salomão Cury Tardivo [12]

RESUMO

Este trabalho tem como objetivo mostrar a trajetória do trabalho psicanalítico com uma jovem senhora, Marcela, de 46 anos, escolaridade universitária, separada, sem filhos. Procurou atendimento psicológico com queixa de dor crônica, mesmo após uma cirurgia da coluna, realizada há cinco anos, e atualmente em tratamento coordenado por equipe de hospital universitário, com tratamento interdisciplinar de fisioterapia, neurologia, ortopedia, endocrinologia e psicologia. O principal objetivo do tratamento é para a dor crônica. A psicoterapia psicanalítica foi feita no Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social, Serviço APOIAR, um laboratório do Departamento de Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia Clínica da USP. A psicoterapia breve foi realizada durante 14 meses, com sessões semanais, e terminou novembro de 2010. A clínica da transicionalidade formou o núcleo central do tratamento, que inclui as interpretações referentes a fases mais arcaicas do desenvolvimento (espaço transicional) e a clínica do *setting,* indicada para pacientes com falta básica de atenção materna primária. Além das contribuições de Winnicott, serviram de apoio os ensinamentos psicanalíticos de Beth Joseph; Niziotek e Rosa; e Luis A. Chiozza. Para a análise da evolução clínica foram discutidas as relações de objeto na clínica, o significado dos transtornos psicossomáticos no adoecimento e as repercussões no espaço transicional da transferência e contratransferência.

Descritores: dor crônica; traumatismos de coluna vertebral; fantasias inconscientes; clínica do *setting*; clínica da transicionalidade; história clínica construida.

Introdução

[10] Psicóloga Membro do Laboratório APOIAR;
[11] Professor Doutor do Instituto de Psicologia da USP – Mambro do APOIAR
[12] Coordenadiora do APOIAR

Este trabalho foi realizado obedecendo aos princípios da Psicoterapia Breve (KNOBEL, 1986), técnica esta derivada da Psicanálise e que tem por objetivo a reorganização interna do ser humano, através da resolução de conflitos, levando a obter um funcionamento que possibilite o prazer da condição humana, em um processo de desenvolvimento e crescimento (KNOBEL, 1986). Também nos utilizamos da EDAO – Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada (SIMON, 1989) para avaliar sua adaptação, ou seja, como desenvolver suas relações com outros indivíduos, com o trabalho, com o meio e com seu próprio corpo. Esta escala se faz a partir de entrevistas livres e semi dirigidas através das quais se busca conhecer como está a vida dos pacientes em seus distintos setores da adaptação: produtividade (trabalho), afetivo relacional (de relações pessoais), sócio cultural e orgânico, a saúde geral.

Método

As sessões foram de 50 minutos, com frequência semanal, durante o período de 14 meses de duração.

Marcela (nome fictício) , de 46 anos, casada, procurou atendimento psicológico por diversas queixas:

sentimentos de abandono, esquecimento de si mesma, falta de amor próprio, falta de auto-conhecimento, busca exacerbada de ajudar e resolver os problemas dos outros, desgastes intensos com um casamento problemático, submetendo-se a agressões físicas e moral, falta de postura perante as pessoas, e à vida, querer ser o que não é, fazer bonito para o outro.

Relata também que comia compulsivamente devido a uma dor insuportável de uma não aceitação de sua separação conjugal, sentimentos de traição do ex –marido em relação à perda na sociedade com ele na empresa .Tem um currículum muito aberto, com áreas de comunicação – educação – administração – *marketing* – acessibilidade, desgastes intensos na elaboração de artigos, e preparação de aulas. Fala de projetos frustrados, sentimentos de raiva, morte e desgosto, falta de planejamento, perda de controle da própria vida, desleixo nas questões jurídicas, referindo-se a recriminar-se no que se refere a ter assinado um documento da sua própria retirada na sociedade da empresa do ex – marido.

Após a 4ª sessão foi avaliada a eficácia adaptativa pela EDAO (Simon, 1989), com a paciente classificada no Grupo 4, adaptação ineficaz muito grave, com 2 pontos (um no A-R e um no Pr).

Fatos clínicos e evolução nas sessões de Psicoterapia Breve

Marcela, está separada há 5 anos, esteve casada por 10 anos e namorado por 7 meses. Não tem filhos, trabalha na área de Acessibilidade e é formada em Pedagogia.

A paciente é assistida pela Equipe de Dor Crônica de renomado hospital da metrópole de São Paulo, a partir da realização de uma cirurgia de coluna, na sua cidade de origem, por dores no nervo ciático, em função da existência de uma hérnia lombar. Chegou a tomar morfina em função de intensas dores. Já em São Paulo, realizou uma nova cirurgia, na época inovadora, porém sem dados estadísticos comprobatórios de sua eficiência. A última cirurgia foi realizada na época de sua separação conjugal.

Assinou o Termo de Consentimento como participante desta investigação após ter concordado com o mesmo.

Marcela era noiva, e desenvolveu uma intensa paixão pelo seu ex–marido e decidiu romper com o noivo e casar-se com ele.

Através da EDAO, pode-se avaliar os setores adaptativos em que tinha maior prejuízo, e onde Marcela se mostrava mais adaptada. No setor Or tem uma dor crônica que não sabe se foi devido a técnica cirúrgica experimental utilizada, e não tinha cuidados maternos suficientemente adequados para sua situação clínica. No setor A-R foi avaliada como adaptação ineficaz muito grave, principalmente pela relação idealizada com o ex-companheiro, caracterizando uma configuração vincular semelhante ao amor tantalizante (Luciano, 1998; Zimerman, 2010).

A separação conjugal continua sendo o motivo de intensa angústia, pois mesmo após ter se passado dez anos, ainda mantém um vínculo afetivo, pela dor, não conseguindo formalizar o divórcio, considerando com isto ainda poder trabalhar paralelamente com a empresa que enquanto casados, era de ambos.

No início do trabalho psicoterápico foi trabalhada a trajetória de sua vida. Uma infância e adolescência, marcadas pelo sofrimento em ter que cuidar de parentes doentes e idosos. Depois foi descrevendo seu ex–casamento como uma relação doentia, de amor e ódio, de humilhação e submissão, juntamente com agressividade por parte do ex –marido, tendo sido pela 3ª vez agredida, e então procurado a polícia para a realização da denúncia.

Sentia-se solitária, sem perspectiva de vida, pois havia perdido o sentido de sua vida, com a separação e perda do vislumbre profissional. Isso tudo, somado às dificuldades de relacionamento com seus familiares.

Marcela mostra-se uma mulher com dificuldade de aceitar limites, pois mesmo separada, não aceita o fato de formalizar sua separação com o divórcio.

A paciente nos últimos tempos chegava sempre às sessões com atraso de 30 minutos, dificultando assim um maior desenvolvimento dos conteúdos psíquicos a serem trabalhados. Por outro lado, a terapeuta mantinha o tempo devido dos 50 minutos de sessão, mostrando-lhe o quanto estava bloqueando o aprofundamento do trabalho. A paciente reconhece este aspecto, e chorando por isso, dizendo que fazia sempre isso com tudo o que lhe fazia bem, com tudo o que era para seu desenvolvimento, também nas sessões de fisioterapia e RPG em que frequentava no hospital. Isto mostrava a dificuldade de Marcela em mudar a dinâmica de sua vida, ou seja, transformar o estilo de vida masoquista, para um estilo de vida prazeroso.

Para isto, todo o trabalho terapêutico foi em função de uma organização egóica, para se permitir se defender.

Nas vinhetas a seguir, Marcela relata:

> *"Gosto de morar em São Paulo, vivo em um ambiente sadio, apesar de solitário. Na minha casa encontro paz, ordem e bem estar. Submeto-me a vários tratamentos gratuitos. Consegui academia gratuita e transporte para tratamentos, além dos tratamentos no hospital e tratamento psicoterápico. Isso me ajuda na qualidade de vida e busca da cura física, psíquica e emocional. Não pago aluguel. Tenho despesas com alimentação, com a mamãe e custos pessoais. Dou aulas esporádicas e vivo como posso. Estou meio cansada da cidade. Tenho custos altos aqui, apesar de conseguir algumas coisas."*
>
> *"Gosto da minha família em BH, mas não sei ao certo se moraria com a minha mãe, irmã e cunhado. Ficar sem casa não me agrada. Readaptação cultural,*

> *profissional, dificuldade de um emprego, voltar a sentir-me mais participativa nas festinhas caseiras. Apoio moral, emocional. Terei que arcar com mais custos como saúde, plano de saúde, tratamentos gratuitos será que terei? Tudo isso me faz reviver o passado, meus traumas, casamento, sentimento de fracasso"*

A paciente diz em uma das sessões, tentando encontrar uma saída para sua vida:

> *"Quando penso em morar em outro país como os Estados Unidos, vejo como uma grande aventura, sem garantias. Tenho tia que mora lá, onde poderei ter um pouco mais de segurança, local onde ficar e trabalhar. Ascensão financeira, independência, dinheiro. Ao mesmo tempo poderei ter mais comprometimento com a saúde, buscar o novo, tudo isso me estimula. Poderei esquecer as dores, as perdas, o passado. Novos pensamentos, novos horizontes, novas oportunidades. Posso ter problema relacional com a minha tia, que é muito temperamental. Arriscar é dar-se ao luxo de perder, não deu certo, volto! Mas ao mesmo tempo penso que terei que interromper meus tratamentos e isso poderá causar déficit na minha saúde, será que posso arriscar?"*

> *"O que estou fazendo para mudar os cenários? Enviando currículuns, baixando os meus custos, aumentando receitas com as aulas que dou aos sábados, alugar quartos vazios em meu apartamento, confecção de novo passaporte e visto, tratamento intenso, incrementar contatos (networks), não falar da dor, rompendo amizades problemáticas, buscar mais informações, avaliar custos e beneficios, fazer planos e metas, orando, meditando, ficar quieta para meditar e não desviar a minha atenção."*

Aos poucos começou a se ocupar em seu tempo livre com reparações em sua casa, sentindo prazer nisto. Também traz planos para sua vida profissional e começa a olhar para novas oportunidades, sendo que a partir de suas relações sociais, ia buscando oportunidades de trabalho. Dessa forma, como começou a fazer temperos e a vende-los. Continuando neste processo, e decidida a reorganizar seus armários e a observar espaços vazios, mas também a olhar para eles e desfrutá-los de outras maneiras, vendo que podia distribuí-los de outra maneira. Esta reorganização externa ia ocorrendo de acordo com o que se ia organizando internamente, resultante de uma busca de uma reestruturação emocional, além de busca de resolução dos conflitos.

Marcela faz uma indagação na vinheta a seguir, mostrando disponibilidade para uma mudança:

> ***"Tenho vários montinhos de revistas, de feiras que eu participei, de contatos que eu fiz, tenho tudo na cabeça, teoricamente, mas não sei colocar esses ensinamentos na prática"***

Vale a pena ressaltar a importância da terapia medicamentosa como um aliado em casos de depressão, como neste caso, pois em muitos momentos Marcela tirou as medicações por conta própria, conduta típica do masoquismo, no qual é mais importante ser um sofredor do que se livrar da dor.

Isto vem nos mostrar a importância do analista como superego auxiliar (Strachey, 1969-2009.) *"Quando um paciente neurótico encontra um novo objeto na vida diária, de acordo com nossas hipóteses, ele tenderá a projetar nele seus arcaicos objetos introjetados e o novo objeto ficará de certo modo um objeto-fantasia. Pode-se presumir que seus objetos introjetados são mais ou menos divididos em dois grupos que funcionam como um objeto introjetado "bom" (ou superego indulgente) e um objeto introjetado "mau" (ou superego agressivo). De acordo com o grau em que seu ego mantém contatos com a realidade, o "bom" objeto introjetado seria projetado em objetos exteriores, reais, benevolentes e o "mau" em objetos, reais, malignos. Desde que, entretanto, ele é, por hipótese, neurótico o objeto introjetado "mau" irá predominar e tenderá a ser mais projetado do que o "bom" e haverá em seguida, uma tendência, mesmo onde para começar o "bom" foi projetado, para o "mau", depois de certo tempo, tomar o seu lugar. Consequentemente pode-se dizer que, em geral, os objetos-fantasia de neuróticos, no mundo exterior, serão predominantemente hostis e perigosos."*

Marcela, ao final da psicoterapia breve, fez uma auto-análise por escrito e sua eficácia adaptativa foi re-avaliada pela EDAO, mostrando os seguintes resultados:

Setor afetivo-relacional:

Questiona se quer continuar morando em São Paulo ou se quer voltar para sua cidade de origem, ou mesmo para o exterior. Não se sente totalmente preparada para morar nesses lugares, também considerando-se não conseguindo assumir seu divórcio. Quanto a sua saúde não se sente saudável.

Há menos certeza de que a realidade interna é dependente do mundo exterior, questionando-se a cerca de sua dependência. Na avaliação recebeu dois pontos, aumentando em um ponto da avaliação inicial.

Setor Produtividade:

Tem dúvidas se continua na área acadêmica na qual se encontra atualmente, ou parte para outros trabalhos, pois não está seguramente estabilizada financeiramente, pois as despesas mensais estão acima do que está ganhando e não consegue conversar com seu ex-marido para uma ajuda maior além da que já lhe é concedida. Não tem uma definição se parte para um trabalho autônomo ou se participa de uma associação para ministrar cursos, palestras sobre acessibilidade, gestão e humanização, ou fica no mesmo ritmo, ou seja, dando algumas aulas. Mostra preocupação com o aspecto financeiro Está buscando melhor adaptação para sair da dependência extremada da ajuda do ex-marido, assumindo que ela tem de fazer arranjos para gastar o que permite suas receitas, podendo dessa forma chegar à dependência relativa, mais condizente com a situação da separação no casamento. Foi avaliada com um ponto no setor Pr.

Na EDAO, passou de 2 pontos para 3, e está incluída no Grupo 2.

No setor sócio-cultural (S-C) a paciente se propõe a:

Rever suas atitudes e posturas que vinha mantendo desde então, e que reconhece que a prejudicaram muito, e busca também uma espiritualidade.

Reformular suas atitudes, pois não quer ficar paralisada no cotidiano, assim como ficar reduzida na via aos problemas orgânico da coluna vertebral e obesidade.

Desenvolver-se espiritualmente, ajudando no projeto de moradores de rua, e seguindo ao lado do atual homem com quem está iniciando um relacionamento afetivo.

Fica indecisa quanto a mudar de cidade e, consequentemente a continuar ou interromper o processo, pois considera aspectos negativos imperantes, como angustia, medo, dor, falta de coragem, raiva, intranquilidade, medo do futuro, impotência, dificuldade de concentração, hostilidade, ansiedade, preocupação com o dinheiro, saúde e estabilidade.

O que ainda lhe incomoda atualmente são os cuidados com a própria saúde como: obesidade, glicemia alta, incontinência urinária, isquemia cardíaca e dor lombar. Começou

a tentar alterar essas condições com: dieta rigorosa, exercícios físicos, retirada de remédios, acompanhamentos médicos, terapêuticos de acordo com a realidade.

Finalizando essa reflexão, Marcela atesta sinais da elaboração da posição depressiva, mostrando-se mais tolerante aos sentimentos de ambivalência. Pondera os dois pólos, os sentimentos negativos (ansiedade, medo, raiva, impotência, medo de envelhecer, desânimo e pensamento negativo) e os positivos (otimismo, não realizar futuras cirurgias, auto-estima, vigor, cura da dor da coluna, saúde em geral – alegria e bem estar). Ainda sente que tem dificuldade de transpor do crônico (passado) para o agudo (recente).

Lembrando a mudança psíquica e evolução clínica (Niziotek, e Rosa, 2010), é possível questionar se Marcela poderá superar suas dores de coluna vertebral e lombar, libertar-se para o prazer e desvinculamento do seu passado de sofrimento ou se manterá uma posição de aprisionamento e dor.

Marcela termina o tratamento ainda fixada no masoquismo, fica mais presa a posição de sofredora (dificuldade em abandonar o sentimento de vitima e de dependência extrema) do que motivada pelos desafios do desconhecido, como o novo namorado que quer ter. Tem um significado de um componente erótico, já que a destruição de si mesma não poderia se realizar sem uma satisfação libidinal.

Como escreve Joseph (1992) os pacientes que são ligados à dor, não querem se separar dela, pois acabam tendo um ganho secundário da sociedade. Esses pacientes mantém os seus afetos porém de maneira patológica, através da dor.

Conclusão

Este processo propiciou à paciente a rever questões da infância e adolescência, reorganizar sua vida atual a fim de se adaptar a sua nova condição, restabelecendo seu equilíbrio. Ao mesmo tempo se notou que a partir de um enquadre diferenciado como em Psicoterapia Breve, foi podido conseguir uma melhora em sua vida e um desenvolvimento em suas condições emocionais, ainda porém com certa dificuldade de relação para com as pessoas. Marcela está decidindo se continua sua vida em São Paulo ou se volta para sua cidade de origem, onde tem seus familiares e possibilidades de continuar sua vida profissional em outro local.

Havendo possibilidade de Marcela dar continuidade ao seu processo psicoterápico, poderá lidar com esses aspectos, pois está começando a vivenciar e aceitar sua

ambivalência. Trata-se de uma paciente que necessita, assim de muito apoio e continência para todo o sofrimento que permeia sua vida.

Referências

CHIOZZA, L. A. (org.) – Fantasia específica da estrutura e o funcionamento ósseo – pag. 141 – 169. In *Os Afetos Ocultos em ... psoríase, asma, transtornos respiratórios, varizes, diabete, transtornos ósseos, cefaléias e acidente cérebro-vasculares.* São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.

JOSEPH, B. Cap. 15 - "Relações de Objeto na Prática Clínica" (pp. 205 – 216). In Spillius, E.B.; FELDMAN, M. *Artigos Selecionados – Equilíbrio Psíquico e Mudança Psíquica*. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1992.

KNOBEL, M – *Psicoterapia Breve*, São Paulo, EPU, 1986

LUCIANO. Cap. XVII – Menipo e Tântalo – pp. 53 – 54. In *Diálogo dos Mortos – Introdução, versão do grego e notas de Américo da Costa Ramalho.* Brasília, DF: UnB, 1998

NIZIOTEK, D.; WORCMAN, R.B. O Aprisionamento como um Refúgio Psicológico na Organização Patológica. In Motta, I.F.; Rosa, J.T. *Fantasias inconscientes na clínica psicanalítica.* São Paulo: Departamento de Psicologia Clínica, IPUSP, (*no prelo).*

OUTEIRAL, J. – Clínica da Transicionalidade – Revinter, 2001

SIMON, R. *Psicoterapia Clinica Preventiva*: Novos Fundamentos. São Paulo, EPU. 1989

STRACHEY, J. – A Natureza da Ação Terapêutica da Psicanálise – *International Journal of Psycho-Analysis*. p.9, 1969-2009.

TARDIVO, L.S.P. C; GIL, C. A. E COLS. Anais da III Jornada APOIAR: *Atendimentos Clínicos Diferenciados e Inclusão: O Papel da Psicologia Clinica Social*. São Paulo, USP, 2005

ZIMERMAN, D.E. *Os quatro vínculos: amor, ódio, conhecimento e reconhecimento.* Porto Alegre: Artmed, 2010.

A PSICOTERAPIA BREVE COM HOMENS: UMA REFLEXÃO SOBRE O UNIVERSO PSÍQUICO MASCULINO

Bernardete B.S. Imoniana[13]

Lídia Schwarz[14]

Leila Cury Tardivo[15]

RESUMO

No momento atual percebemos que os homens têm procurado ajuda para o enfrentamento das exigências próprias da sociedade contemporânea ocidental que é marcada pelos avanços tecnológicos e pela globalização com o aumento de múltiplas exigências e necessidades para garantir uma vida plena visto que nesta fase da vida se confrontam com novos desafios e novas exigências. O grande desafio é construir permanentemente o próprio caminho produzindo atitudes que as levem a superar suas dificuldades e criar possibilidades de conquistar mais qualidade de vida. Este estudo tem por objetivo apresentar uma reflexão acerca de um atendimento com homens em Psicoterapia Breve Operacionalizada. A Psicoterapia Breve Operacionalizada tem como base a concepção evolutiva de adaptação, sendo que o diagnóstico baseia-se na eficácia adaptativa do paciente. Simon para efeito da avaliação diagnóstica subdividiu a adaptação em quatro setores: AR (Afetivo-Relacional), SC (Sócio-Cultural), Pr (Produtividade), e OR (Orgânico). Foram realizadas dezesseis atendimentos entre entrevistas diagnósticas e tratamento psicoterapêutico individual pré-determinado.Como resultado pode-se observar que ao final do atendimento ocorrera evoluções significativas da paciente em todos os setores.Conclui-se que podemos inferir que a Psicoterapia Breve Operacionalizada pode ser eficaz no atendimento psicológico a este universo masculino.

Palavras-chave : homens, Psicoterapia breve , Promoção Saúde ,Envelhecimento

1. Introdução

A Psicoterapia Breve Operacionalizada é uma técnica que começou a ser desenvolvida pelo professor Ryad Simon nos anos 70, quando assumiu a coordenação do Setor de Saúde Mental do Serviço de Saúde dos Alunos do Departamento de Medicina Preventiva

[13] Psicóloga do Projeto APOIAR/Idosos da USP
[14] Supervisora do Projeto APOIAR/Idosos da USP
[15] Coordenadora do Laboratório de Saúde Mental – Projeto APOIAR/Idosos da USP

da Escola Paulista de Medicina. Nesta ocasião foi criada a ferramenta E.D.A.O, que tinha por objetivo facilitar a triagem da população universitária, tendo em vista a implementação de um programa de prevenção de distúrbios mentais. A Psicoterapia Breve Operacionalizada tem como base na concepção evolutiva de adaptação, sendo que o diagnóstico baseia-se na eficácia adaptativa do paciente. Simon (2005) para efeito da avaliação diagnostica subdividiu a adaptação em quatro setores: AR (Afetivo-Relacional) compreende o conjunto de respostas emocionais do paciente nas relações interpessoais e com relação a si mesmo; SC (Sócio-Cultural), as atitudes e ações do paciente diante das instituições, costumes e valores do meio em que vive; Pr (Produtividade), refere-se às respostas diante do trabalho ou estudos desenvolvido do sujeito e OR (Orgânico) como se encontra o estado físico e as respostas quanto aos sentimentos,atitudes e cuidados relativos ao próprio corpo.As crises segundo Simon, são desencadeadas pela ocorrência de fatores (internos, externos, positivos ou negativos) e acontecem quando o sujeito não conta com repertório de respostas adequadas. As formas de crise têm em comum a angustia diante do novo e desconhecido.

Vemos nos dias atuais a constatação de que o sujeito do sexo masculino, na cultura ocidental, atravessa uma crise identitária.

Segundo Silva (2010 p.15) a partir da década de 80 a masculinidade tem sido alvo de estudos “o homem aprisionado na exigência de corresponder aos ideais de performance, de alto desempenho, de potencia e de sucesso, padece e não pode reconhecer em si os efeitos devastadores de tal condição de *submetimento”.*

*Silva (2010) r*essalta ainda que: “tais cobranças, autodirigidas, apresentam a finalidade de ser reconhecido, porem trata-se de um reconhecimento atribuído desde o olhar de outro. Assim, nessa condição, o sujeito ausenta-se de seu processo de construção identitária passando a espelhar as demandas de um tempo no qual a completude é exigida a cada desafio*”.*

2. Método:

Participaram do atendimento, dois homens que receberam nomes fictícios : Adalberto, 48 anos, casado e com dois filhos e João, 61 anos, divorciado e com três filhos.

Os pacientes foram atendidos na clínica-escola do Instituto de Psicologia da USP dentro do Projeto APOIAR/IDOSOS.

Foi utilizada a Psicoterapia Breve Operacionalizada segundo Simon. O processo todo abrangeu seis entrevistas para definição Situação- Problema. E posteriormente, doze sessões de atendimento psicoterapêutico individual pré-determinado (50 minutos cada sessão, com freqüência de uma vez por semana).

3. Revisão da Literatura

As crises segundo Simon, são desencadeadas pela ocorrência de fatores (internos, externos, positivos ou negativos) sendo que o sujeito não conta com repertório de respostas adequadas. As formas de crise têm em comum a angustia diante do novo e desconhecido.

Segundo Malan (1981, p.41) o objetivo central do tratamento da crise é mostrar ao paciente que suas reações são desadaptadas e procura tratar a crise atual de maneira mais realista. E que o tratamento da crise deve ter como resultado adicional uma mudança permanente no paciente, capacitando-o a lidar de forma realista, e sem entrar em crise, com situações semelhantes no futuro.

Simon (1989, p.60) “nas situações geradoras de crise por perdas, os sentimentos predominantes são de depressão e culpa. Nas crises provocadas por aquisição os sentimentos predominantes são de insegurança, inferioridade inadequação. Diante de pressões emocionais intensas desencadeadas pelas situações criticas há risco de prejuízos para o universo pessoal. E aqui as aberturas para intervenção preventiva ficam mais explicitas”.

Ainda segundo Simon (1989, p.61) os objetivos principais da prevenção nas crises serão: “nas crises por perda, ajudar o sujeito a aceita-las, resignar-se à frustração, lidar com depressão e culpa, e, decorrido tempo apropriado, estimulá-lo a retomar o interesse pelo universo pessoal diminuído significativamente pela perda critica. Nas crises por aquisição, ajudar o individuo a aceitar o ganho, escoimado de projetos pretensiosos (que podem estar estimulados pela arrogância ou inveja), e com ambição moderada (controlando a voracidade), de modo a ampliar seu universo pessoal tanto quanto possível dentro da realidade”.

Segundo Yoshida (1990, p.33) “a idéia é levar o sujeito a encontrar respostas adequadas à situação, retornando à eficácia adaptativa anterior a crise ou melhorando-a”.

E as soluções que o individuo dá às situações que na vida se apresentam constituem sua adaptação global.

Para Simon (2005, p. 25) “a totalidade da adaptação abrangeria 4 setores :

Afetivo-Relacional (AR) compreendendo o conjunto de sentimentos, atitudes e ações do sujeito em relação a si mesmo (intrapessoal) e ao semelhante (interpessoal).

Produtividade (Pr) refere-se ao conjunto de sentimentos,atitudes e ações da pessoa em face ao trabalho,estudo ou qualquer atividade produtiva,seja de natureza artística,filosófica ou religiosa.

Sócio-Cultural (Sc) abrange o conjunto de sentimentos,atitudes e ações do individuo relativos à organização social,pressões sociais, valores e costumes da cultura em que vive.

Orgânico (Or) compreende a salubridade, o estado (anatômico) e o funcionamento (fisiológico) da totalidade do organismo da pessoa,bem como sentimentos,atitudes e ações em relação ao próprio corpo, à higiene, alimentação, sono, sexo (fisiológico), indumentária.

Para Azevedo (2004, p.23) a focalização da terapia é considerada condição essencial para obter êxito no tratamento e como o tempo é limitado, torna-se imprescindível que se delimite o problema que será trabalhado e que sejam feitas interpretações adequadas para a obtenção de insight pelo paciente.

Cabe destacar algumas características que marcam a sociedade contemporânea ocidental a exigência da contemplação como catalisadora dos laços sociais, a cultura do narcisismo, como sendo própria de um mundo centralizado no eu, tendo a individualidade como a maior finalidade do individuo. Segundo Silva (2010) “a capacidade represencional do individuo fica empobrecida, dificultando os seus processos de simbolização. Nesse, sentido, o sujeito contemporâneo pode acabar sendo impedido de reconhecer suas demandas verdadeiras, ou seja, de adentrar o seu psiquismo e perceber a sua singularidade diante da homogeneidade na imposição de padrões da sociedade”.

Ainda segundo Silva (2010, p.27) “a Psicanálise segue vigente na sociedade contemporânea por compreender um método baseado na fala, e, portanto, um tratamento em que se verbaliza o sofrimento, buscando palavras pelas quais este possa ser expresso, e principalmente, sentido. Dessa maneira, a partir da escuta psicanalítica, o

sujeito pode tomar consciência da origem de seu padecimento, a fim de assumi-lo na tentativa de significá-lo e compreende-lo genuinamente".

O homem contemporâneo este sempre apressado, precisando dar conta das múltiplas exigências de demanda social, cultural e histórica e acaba não tendo tempo, o que acaba por distanciá-lo tanto do outro como de si mesmo.

Para Silva (2010, p.33) "a crise masculina diz respeito à instauração de uma nova ordem, que questiona e desconstrói o paradigma de hierarquia e do autoritarismo que fundamentava a tradicional sociedade ocidental. No momento o homem é levado a repensar os limites de seus próprios direitos e obrigações, bem como suas necessidades individuais para alem dos estereótipos patriarcais, abre-se a possibilidade de novas formas de subjetivação".

4. Casos clínicos

Caso clinico 1. O paciente Adalberto (nome fictício) tem 48 anos, profissional liberal, casado e tem dois filhos. Procurou o atendimento psicoterápico com queixa de dificuldade de relacionamento com a esposa, com quem nos últimos tempos tem tido uma relação bastante conturbada.

O paciente nasceu no interior de São Paulo, é o quinto filho entre seis irmãos, esta casado há dezoito anos.

No setor A-R paciente relata que nos últimos anos tem tido relação conturbada com a esposa. Quanto aos filhos se relaciona bem com eles. Mantém contato constante com familiares, apesar da maioria morar no interior.

No setor S-C paciente diz ter poucos amigos e acha que devido à sua timidez.

No setor OR, o paciente relata estar bem de saúde.

No setor PR diz não estar bem devido a problemas financeiros, por causa de recebimentos em atraso de alguns clientes, o que gerou alguns conflitos com sua esposa. Esta algumas vezes, teve de bancar as despesas de casa.

O trabalho foi focado no setor AR, precisamente no relacionamento com a esposa. O paciente não tinha coragem de enfrentar a esposa, se posicionar perante ela, tendendo a se conter e ficar calando.

Durante o atendimento psicoterápico, Adalberto foi conseguindo se posicionar perante a esposa e, no final já conseguia conversar e dialogar com a mesma.

Ao final da terapia, o paciente estava procurando alternativas para cobrir o rombo financeiro. No setor SC, como uma forma de vencer a timidez e fazer amigos, começou a participar de um coral.

No setor orgânico, disse estar tentando parar de fumar e que estava voltando a ter um prazer antigo que era o de preparar pratos diferentes em casa, para a família. E que estava em uma fase boa com a esposa na questão de relações sexuais.

Caso clinico 2. O paciente João (nome fictício) tem 61 anos, é aposentado, divorciado e tem três filhos.Procurou o atendimento com queixa de irritabilidade freqüente, tristeza e mau humor .O paciente relata que a atual namorada e seus filhos tem se queixado muito desses comportamentos.

O paciente nasceu em São Paulo, foi filho único, tendo o pai já falecido e atualmente sua mãe mora em sua companhia devido à descoberta recente de Alzheimer. Seus pais se separaram quando ele sete anos e reataram o casamento quando João tinha treze anos. Durante este período de separação João morou com seus avós paternos.

João casou com vinte e cinco anos, teve dois filhos e separou-se quando o segundo filho tinha dois anos de idade. Teve algumas namoradas, casou novamente aos cinqüenta anos, quando teve outro filho, mas pouco tempo depois se separou novamente. Atualmente namora uma mulher separada,que tem dois filhos adultos.

No setor A-R, João relata se dar bem atualmente com seus filhos e com sua mãe.Diz sentir muitas saudades do pai que morreu vitima de câncer e lastima não ter dado atenção a ele.

No setor S-C, o paciente diz ter poucos amigos e que inclusive estes o ajudaram muito em uma fase de dificuldades financeiras.

No setor PR, o paciente, apesar de aposentado, mantém sociedade com a atual namorada em uma empresa de prestação de serviços, o que o ajuda a manter uma certa estabilidade financeira.

No passado João já teve uma boa condição financeira, mas a perdeu por ter feito investimentos que não deram certo.

No setor OR, o paciente relata que toma medicação por recomendação do geriatra, diz cuidar da saúde com exames periódicos, fazendo atividades físicas com regularidade.

O processo psicoterápico teve como foco o setor AR, e procurou-se trabalhar a irritabilidade que adivinha do mau relacionamento que estava mantendo com a namorada. Outro ponto foi o relacionamento com a mãe e a sua doença, pois João se sentia culpado por não ter dado atenção ao pai quando este ficou doente.

Ao longo do atendimento João terminou o relacionamento com a namorada, mas conseguiu manter a sociedade com ela. Houve um agravamento da doença da mãe, o paciente a internou em uma casa de repouso, mas, ao final de um mês, resolveu ficar definitivamente com ela em sua casa, porque achou que lá seria mais bem tratada. Com a aposentadoria dela ele paga uma cuidadora para ajudá-lo nos cuidados diários.

Ao final do atendimento, o paciente estava se relacionando com outra mulher, e percebia que a doença de mãe estava avançando rapidamente, mas estava lidando com esse inicio de relacionamento e com o agravamento da doença de mãe de forma adequada. Dizia ter planos para as férias e para comemorar os aniversários dos filhos, de forma a agradar a todos.

No setor PR, João pretende, por enquanto, manter a sociedade com a ex-namorada, tem se esforçado para isso e já pensa em montar, em paralelo, uma locadora com um conhecido.

No setor SC, o paciente tem procurado, de vez em quando, estar com os amigos.

No OR, João voltou a praticar atividades físicas com mais freqüência.

5. Analise

Podemos perceber nestes dois casos a importância da procurar por uma ajuda psicológica. Adalberto não suportava a pressão que sua esposa fazia sobre ele, mas procurou quebrar a barreira e vencer sua timidez e confiar em um profissional. Segundo Yoshida e Enéas (2004 p. 42) “ *Uma aliança terapêutica precocemente estabelecida favorece a execução de bons resultados terapêuticos, dado que neste contexto o paciente consegue experimentar o terapeuta como aliado em que pode confiar e que esta genuinamente comprometido com o paciente enquanto pessoa”.*

Já o caminho do paciente João foi outro. Ele buscou ajuda terapêutica através da indicação do seu geriatra, que percebeu ser necessário, além do tratamento medicamentoso a ajuda psicológica. Esse contexto abarcou os fatores internos, relacionados ao psiquismo, bem como os fatores externos relacionados ao social.

Segundo Silva (2010 p.74) "*a Psicanálise contribui com os seus construtos teóricos para uma leitura a respeito de questões vinculadas à constituição do psiquismo e à produção de subjetividade. A clinica psicanalítica se constitui, por excelência, como um espaço no qual adentra a singularidade de uma historia, assim como nela se faz necessário o exercício ético de escutar o padecimento de alguém que, ao buscar o recurso da analise, se mostra disponível para refletir a respeito de sua historia".*

6. Considerações finais

Este artigo teve como objetivo uma reflexão acerca do atendimento a homens de meia idade em Psicoterapia Breve Operacionalizada. Procurou abordar a procura da terapia por homens de meia idade e idosos, uma demanda crescente nos dias de hoje. Nos dois casos pudemos constatar que o sofrimento psíquico motivou a busca pelo autoconhecimento e pelo crescimento pessoal. Em relação a isto, Silva (2010) assinala que "na medida em que o encontro analítico visa atribuir sentido à dor psíquica, a clínica é um campo privilegiado de qualificação do processo de autoconhecimento".

Referencias Bibliográficas

AZEVEDO, M.A.S.B. Psicoterapia Dinâmica Breve. São Carlos: RiMa , 2004.

MALAN, D. *Fronteiras da Psicoterapia Breve*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1981.

SILVA, F.C.F. *O masculino e o padecimento psíquico: uma leitura a partir da escuta na clinica Psicanalítica contemporânea.* 2010.86f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clinica) Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 2010.

SIMON, R. *Psicologia Clinica Preventiva Novos Fundamentos*. São Paulo: EPU, 1989.

_____ *Psicoterapia Breve Operacionalizada- Teoria e Técnica*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.

YOSHIDA, E.M. P *Psicoterapias Psicodinâmicas Breves e Critérios psicodinâmicos*. São Paulo: EPU, 1990.

YOSHIDA, E.M.P.; Enéas, M.L.E. Psicoterapias psicodinâmicas breves: propostas atuais. Campinas: Ed. Alinea, 2004.

AS RELAÇÕES ENTRE NEGLIGÊNCIA E TENDÊNCIA ANTI-SOCIAL: DIFICULDADES NO PROCESSO PSICOTERAPÊUTICO

Christiani Martins Rodrigues Tironi[16]

Maria Aparecida Mazzante Colacique[17]

Leila Cury Tardivo[18]

RESUMO

A negligência, ao lado da violência física, é a modalidade de maior prevalência dentre os tipos de violência doméstica contra crianças e adolescente. Por isso, torna-se urgente compreender suas consequências no desenvolvimento emocional do indivíduo e como podem se manifestar na situação psicoterapêutica. Para tanto, o presente estudo consiste no relato de um caso de uma adolescente, institucionalizada, negligenciada pela mãe e também pela posterior cuidadora. Baseada na teoria winnicottiana, entende-se a negligência como uma privação, o que acarretou em uma tendência anti-social, vivenciada, neste caso, por comportamentos destrutivos, impelindo-a buscar quadros de referência na comunidade de seu bairro, onde vivenciou situações de extrema violência urbana. Assim, para suportar emocionalmente a ameaça de sua agressividade, a adolescente dissociou sua vivência de privação, buscando na religião, não apenas a contenção de seus impulsos, mas a idéia de agora só possuir um lado bom. Apesar da paciente só ter comparecido a duas sessões - a inicial e a de encerramento -, pode-se perceber que ela não vê a possibilidade de integração de sua personalidade, que poderia ser viabilizada pelo atendimento psicoterapêutico, pois sente este processo como uma ameaça, visto que entrar em contato com sua agressividade poderia destruir o ambiente que a está acolhendo.

Palavras-chave: Violência Doméstica; Crianças; Adolescentes; Comportamento Anti-Social; Winnicott.

---

[16] Psicóloga. Mestre em Ciências Sociais pela Universidade Estadual de Londrina. Pesquisadora do Projeto Apoiar, na Área de Violência.

[17] Psicóloga da Clínica-Escola da Universidade de São Paulo. Pesquisadora do Projeto Apoiar, na Área de Violência.

[18] Psicóloga. Livre-Docente e Coordenadora do Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social – APOIAR. Professora de Graduação e Pós-Graduação. Orientadora de Mestrado e Doutorado do Departamento de Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

Introdução

A negligência, ao lado da violência física, é a modalidade de maior prevalência dentre os tipos de violência doméstica contra crianças e adolescentes. Isto, apesar da dificuldade em detectá-la, devido as suas peculiaridades e pelo fato da violência contra crianças e adolescentes se manifestar, principalmente, no âmbito privado, onde se preconiza o pacto do silêncio entre os envolvidos. Assim, torna-se urgente compreender suas conseqüências no desenvolvimento emocional das crianças e adolescentes e como podem se manifestar na situação psicoterapêutica. Só assim, poderemos oferecer-lhes, enquanto psicólogos, um cuidado onde suas necessidades possam ser percebidas e acolhidas, ao invés de serem novamente negligenciadas. Como já bem apontava Deslandes em 1994, cada modalidade de Violência Doméstica possui uma particularidade, o que indica que precisa de um tipo de intervenção adequada às suas diferenças.

Assim, para compreender como uma adolescente pôde vivenciar as conseqüências da negligência, o presente estudo utiliza-se, enquanto metodologia, do relato de um caso – atendido no Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Social - Apoiar[1]-, e baseia-se na teoria winnicottiana, para entender o fenômeno em seus desdobramentos psicodinâmicos. Vale ressaltar que a adolescente em questão, denominada aqui de Liana, foi encaminhada para atendimento por apresentar uma grande rejeição a sua mãe e a sua ex-cuidadora – única pessoa atualmente vista como potencial responsável da adolescente, visto que a mesma se encontra institucionaliza há quase dois anos. A proposta de atendimento inicial consistia em uma avaliação psicodiagnóstica – de caráter interventivo, estimada, aproximadamente, em seis atendimentos -, a partir da qual, seria delineada a proposta de intervenção, propriamente dita. Porém, como será visto posteriormente, a adolescente compareceu apenas a duas sessões, a entrevista inicial e a de encerramento, visto que relatou não querer mais falar sobre seu passado.

A Violência Doméstica contra Crianças e Adolescentes

De acordo com Azevedo e Guerra (1997), a violência é um fenômeno construído social e historicamente. Por este motivo, possui mecanismos de atuação e manutenção que facilitam que o identifiquemos como uma característica inerente ao homem, socializada como uma maneira natural e aceitável de se solucionar conflitos.

Em qualquer uma de suas modalidades, a violência só é possível em uma relação desigual (assimétrica/hierárquica), onde o mais forte possui o objetivo de dominar, explorar e oprimir o mais fraco (AZEVEDO & GUERRA, 1997), o qual qualificamos como vítima de uma ação que resulta em algum tipo de dano.

Desse modo, podemos definir a Violência Doméstica contra Criança e Adolescente (VDCA) como:

> Todo ato ou omissão praticado por pais, parentes ou responsáveis contra crianças e/ou adolescentes que – sendo capaz de causar dano físico, sexual e/ou psicológico à vítima – implica de um lado numa transgressão do poder/dever de proteção do adulto e, de outro, numa coisificação da infância, isto é, numa negação do direito que crianças e adolescentes têm de ser tratados como sujeitos e pessoas em condição peculiar de desenvolvimento. (AZEVEDO & GUERRA, 1997, p.11).

Ainda de acordo com Azevedo e Guerra (1989, 1997), a violência doméstica contra crianças e adolescentes é universal e endêmica. Faz-se presente em todas as etnias, classes sociais e religiões, o que a torna um fenômeno democrático, portanto não característico da pobreza, como ainda é percebido pelo senso-comum. Além do mais, a VDCA possui uma grande prevalência e é um fenômeno cíclico, o que a torna transgeracional, ou seja, se reproduz por várias gerações de uma mesma família. E, por ser um fenômeno restrito ao nível do que é considerado privado, exige um pacto do silêncio por parte de todos os seus atores: adulto (os) agressor (es), criança e/ou adolescente (vítimas).

Apesar de seu caráter universal, estudos mostram que alguns fatores presentes no ambiente familiar podem aumentar a chance de ocorrência de

VDCA, são estes: psicopatologia e/ou uso de álcool e drogas por parte de um dos pais ou responsáveis, baixa renda familiar, problemas no relacionamento conjugal, famílias monotarentais (onde geralmente é a mãe a única responsável pela casa), separação conjugal, desemprego, valores culturais, entre outros (MILANI & LOUREIRO, 2008; DESLANDES, 1994).

Como modalidades de VDCA, Azevedo e Guerra (2000) descrevem a Violência Física, Sexual, Psicológica, Negligência e Violência Fatal. Sendo que, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA, 1990) caracteriza como modalidades da VDCA a Violência Física, Sexual, Psicológica e Negligência. Para atender o objetivo do presente estudo, iremos definir apenas a negligência.

Segundo Guerra (1998) e Riva (apud MILANI & LOUREIRO, 2008), a negligência é caracterizada como o abandono que pode ser parcial ou total da criança e do adolescente por parte de seus responsáveis. Bem como, o não suprimento de necessidades básicas e do não cuidado ou supervisão com relação à segurança e aos cuidados básicos necessários ao bom desenvolvimento da criança e do adolescente. Os autores ressaltam que a negligência não pode ser confundida com privações associadas às condições socioeconômicas de uma família.

De acordo com Milani e Loureiro (2008), a violência doméstica configura-se como um risco psicossocial para o desenvolvimento de crianças e adolescentes. As autoras entendem como risco psicossocial “[...] eventos negativos e circunstâncias sociais que afetam o bem-estar da criança e da família e que limitam a capacidade adaptativa frente a eventos futuros [...]” (p.51). Desse modo, a VDCA estaria relacionada ao aumento da probabilidade de comprometimento físico, emocional e comportamental de crianças e adolescentes na sociedade atual.

Assim, ao se pensar na abordagem winnicottiana, pode-se definir a negligência como sendo uma privação (deprivation[1]) sofrida pela criança, o que pode acarretar em uma tendência anti-social. Para Winnicott, o ato anti-social estaria relacionado a uma perda emocional precoce (ABRAM, 2000), materializada na ausência de um cuidado materno suficientemente bom, na fase de dependência relativa.

Desenvolvimento Emocional Infantil e a Tendência Anti-Social

Para Winnicott (1983), o desenvolvimento emocional de uma criança perpassa três estágios de dependência: dependência absoluta, dependência relativa e independência (estágio denominado pelo autor, como “rumo à independência”, sinalizando a impossibilidade de se alcançar uma completa independência). São estes estágios que possibilitam o indivíduo a integrar as necessidades do id ao ego, de modo a satisfazê-las e, ao mesmo tempo, fortalecer o ego da criança. Porém, para que isto ocorra, é preciso que o cuidado materno se apresente no início como o ego auxiliar ao ego da criança muito pequena (lactente).

Assim, na fase de dependência absoluta, existe uma unidade formada pelo lactente e o cuidado materno, onde o bebê só existe porque existe a mãe[1]. Aqui, encontra-se o estágio do Holding, ou seja, há a necessidade de provisão ambiental total para a satisfação das necessidades da criança, que são necessidades físicas, em quase sua totalidade. Neste estágio, em que o ego ainda não está estruturado, existe uma ansiedade por parte da criança, que não corresponde às necessidades de castração e separação. Esta ansiedade relaciona-se com a ameaça de aniquilamento. Por isso, falhas do ambiente nesse momento, levam a conseqüências desastrosas para a saúde mental da criança (deficiência mental não-orgânica, esquizofrenia infantil).

A fase de dependência relativa, que Winnicott caracteriza como a fase do desmame (seis meses) até os dois anos, é a fase de desadaptação da mãe ao seu bebê. Essa desadaptação, que consiste numa falha, é necessária, pois inaugura o princípio de realidade e permite que a criança, ao se desvincular do ego materno, passe a desenvolver seu self, visto que o bebê, agora, sente e experimenta suas próprias necessidades.

Porém quando a “falha” da mãe, ou ambiental, torna-se demasiadamente presente, passa a ser vivida pela criança como um desapossamento. Ou seja, passa a ser negada, à criança, situações essenciais do ambiente, por um longo período de tempo, de modo que esta

não consegue manter viva, em sua mente, as experiências boas passadas. Por isso, Winnicott (1999b) define essa situação como sendo uma privação. O ambiente deixa de prover as necessidades essenciais da criança, interrompendo a continuidade de seu desenvolvimento emocional, o que a compele a buscar essa continuidade em outras situações e lugares, por meio de um comportamento caótico e perturbador para àqueles que convivem com essa criança; caracterizando, assim, a tendência anti-social. Há duas possibilidades de manifestação do comportamento anti-social de um indivíduo: o furto e a destrutividade.

Quando a criança realiza furtos, mais do que interessada no objeto furtado, ela está buscando a mãe perdida. E isso só é possível por ainda haver esperança em encontrá-la. A mãe perdida é a mãe “criada” pelo bebê por meio do amor primitivo, assim, a criança possui direitos sobre essa mãe. Já na destrutividade, “[...] a criança está procurando aquele montante de estabilidade ambiental que suporte a tensão resultante do comportamento impulsivo” (WINNICOTT, 1999b, p. 141).

Nos primeiros estágios do desenvolvimento emocional de uma criança, como sua personalidade ainda não está integrada, há inúmeros conflitos e desintegrações potenciais. Ou seja, a criança ainda está construindo sua maneira de se relacionar com a realidade externa. Neste estágio, o amor primitivo, por possuir uma finalidade destrutiva, precisa ser recebido pelo ambiente com tolerância, o que possibilitará à criança a lidar com suas pulsões (WINNICOTT, 1999a).

Essa tolerância não significa, na concepção de Winnicott (1999b), falta de limites, visto que, a não continência seria sentida pelo bebê como uma ameaça, já que esta não veria interdito aos seus impulsos de destruição. É esse limite, primeiro colocado pelo ambiente, por meio de um cuidado suficientemente bom ou por meio de um Holding vigoroso, que permitirá à criança a criar quadros de referência (ou “uma mãe-suporte do ego introjetada”) para conseguir lidar, de maneira integrada, com as situações externas, sem se sentir como uma ameaça de destruição do ambiente.

Assim, quando criança sofre privação antes de ter esses limites internalizados, passa a procurar esses quadros de referência fora de seu lar.

Primeiramente, buscando com outros parentes e/ou na escola. “A criança anti-social está simplesmente olhando um pouco mais longe, recorrendo à sociedade em vez de recorrer à família ou à escola para lhe oferecer a estabilidade de que necessita a fim de transpor os primeiros e essenciais estágios de seu crescimento emocional” (WINNICOTT, 1999a, p.130).

Vale ressalta que o autor considera que há um componente normal do ato anti-social, visto que pode ser percebido em toda a criança, mesmo quando pertencente a bons lares. Esta normalidade do ato anti-social corresponderia a uma necessidade da criança em por a prova a capacidade de seus pais de suportarem as atitudes destrutivas de seu filho. Assim, após a criança ter a comprovação de pertencer a um ambiente de Holding vigoroso é que ela pode brincar; é que pode ser ela mesma sem responsabilidade, pois sabe que seu poder de desintegração possui limites.

O tratamento de uma criança ou adolescente com tendência anti-social, de acordo com Winnicott, consiste em permitir que o desenvolvimento emocional se complete (1999a) de modo a possibilitar a integração dos aspectos cindidos da personalidade, que no caso estudado se configuram na suas vivências da adolescente com o mundo anti-social e a religião. Para que a integração da personalidade seja possível, um novo ambiente – na figura do terapeuta – é quem deve possibilitar que isso aconteça (1999b).

> [...] é o ambiente que deve dar nova oportunidade à ligação egóica, uma vez que a criança percebeu que foi uma falha ambiental no apoio ao ego que redundou originalmente na tendência anti-social. (WINNICOTT, 1999b, p.147).

Descrição de um caso

Liana é uma adolescente de 17 anos, institucionalizada há quase dois. É a irmã mais nova de seis irmãos, sendo que não chegou a conhecer de fato os quatro mais velhos, pois nenhum dos filhos morou muito tempo com a mãe. Essas crianças seriam frutos de três relacionamentos de sua mãe. Do relacionamento com o pai de Liana, além da paciente, há também um menino, um ano e meio mais velho que ela.

O pai da adolescente morreu quando esta tinha dois anos, era soropositivo, morrendo de doenças oportunistas. Ele era envolvido com o tráfico e muito conhecido no bairro onde moravam. Estes fatores permitiram que Liana e seu irmão fossem “cuidados” por outras pessoas de sua vizinhança que também eram envolvidas com o tráfico de drogas, após a morte de seu pai.

A paciente relatou que essas pessoas a protegeram muito, por conta do sentimento que tinham por seu pai. Para se ter uma idéia dessa proteção, contou um episódio em que estava em uma “biqueira”, quando tinha sete anos, e um policial (que ela conhecia) parou e começou a “passar lição de moral... disse que se eu continuasse daquele jeito, não ia passar dos 16 anos de idade. Que ia ser encontrada com um monte de formigas na boca” (sic). Liana disse que no outro dia o policial foi encontrado morto.

Quando estava com cinco anos, ela e o irmão foram mandados para uma instituição, onde permaneceram por dois anos. Relatou que foram para lá porque ficavam na rua sem fazer nada. Depois que saíram dessa instituição, ela e o irmão foram morar com uma vizinha (que Liana chama de tia). A adolescente disse gostar dessa tia, mas não quer mais morar com ela “eu prefiro morar debaixo da ponte” (sic). Isso por que, quando estava com sete anos, ficava em biqueiras, passava o tempo todo na rua, não queria saber de estudar e, essa tia não teria feito nada para tirá-la disso. Por conta desse seu comportamento, aos quinze anos, foi institucionalizada novamente, situação esta que se encontra até o momento.

Percebe-se, por meio de seu relato que, enquanto violência doméstica, Liana sofreu negligência por parte de sua mãe e posteriormente dessa senhora que reconhecia como tia. É evidente que Liana, enquanto criança, não foi atendida em suas necessidades físicas e emocionais. Como se tem apenas o relato de uma sessão, só foi possível levantar hipóteses a despeito de seu desenvolvimento emocional. Assim, como foram descritos comportamentos que caracterizam a tendência anti-social, pode-se supor que essas “Falhas” foram mais sentidas na fase de dependência relativa. Visto que, além da qualidade de seu comportamento, existe ainda uma grande perda na vida de uma criança: a morte de seu pai quando estava com dois anos.

Parece que Liana foi buscar seus quadros de referência na comunidade em que vivia. Porém, deparou-se com situações que materializavam o seu poder de destruição, ao invés de encontrar a contenção de seus impulsos. Como no relato do policial que teria sido morto por ter-lhe chamado a atenção, por conta de seu comportamento, quando esta estava com setes anos.

Sobre sua situação atual, Liana relata gostar de onde está morando, pois gosta de todo mundo, ao mesmo que relata situações onde se isola para não ter os conflitos freqüentes anteriormente: "... sabe, eu vou para a escola, nem paro muito [lá]. Eu acordo e fico no meu quarto até quase a hora de ir para a escola. Me arrumo, vou para a escola e, depois que chego, janto, me arrumo de novo e vou para a igreja. Então hoje eu me dou bem com todo mundo. Fico no meu canto. Quando um não quer dois não brigam, né?"; "antes eu só zoava... brigava, falava muito palavrão, não estudava. Sentava lá no fundão e fazia todo mundo fazer bagunça. Agora eu só sento na frente" (sic). A igreja a teria feito mudar, pois antes ela era muito "briguenta", e agora ela não briga mais com ninguém.

Liana relatou que uma amiga da escola a teria convidado a frequentar a sua Igreja. Ela aceitou o convite e nunca mais parou de ir. Sobre o quê a adolescente gosta na igreja, ela disse que das pessoas: todo mundo gosta de recebê-la e lhe tratam bem. Como exemplo da mudança após começar a freqüentar a igreja, relatou o seu relacionamento com sua mãe: disse que antes tinha vergonha da mãe pelo fato dela ser soropositivo, mas que hoje não tem mais e que, se a mãe estiver no seu canto e a paciente no canto dela, que até se dão bem.

É importante ressaltar que Liana fez todo esse relato em uma única sessão – a primeira. Sendo que isto só foi possível após ela ter certeza de que os atendimentos não seriam usados para elaborar relatórios às instituições que estão responsáveis por ela.

Além do mais, entrar em contato com sua história, apesar de parecer ser uma necessidade sua, foi também muito angustiante para a adolescente. Em muitos momentos, Liana relatou não gostar de falar do passado, sempre ressaltando que agora estava bem, sendo assim, o que ficou para trás não precisava ser "desenterrado" (sic).

Assim, parece que a situação de institucionalização foi sentida como uma contenção, necessária para a paciente. Pois, apesar dos conflitos iniciais que relatou ter tanto na instituição como na escola, buscou maneiras de se adaptar ao novo lar, visto que passou a sentir a volta para sua casa ou para a casa da “tia” como uma grande ameaça.

Freqüentar a igreja também estaria fazendo o papel de contenção. Porém a necessidade de estar nesses dois lugares, como garantia de não apresentar mais atos anti-sociais, evidencia uma não integração de suas experiências passadas e presentes: do seu lado mau e do seu lado bom. O que demonstra a fragilidade e vulnerabilidade desses marcos na vida interna da adolescente.

Após essa sessão, Liana se recusou a voltar para os atendimentos posteriores, só aceitando comparecer quando lhe foi dito, por telefone, que seu desejo em parar iria ser respeitado e uma próxima sessão teria apenas o objetivo de finalizar o atendimento. Neste, que foi o último, pelo menos até o momento, Liana permaneceu em pé durante a sessão, que durou doze minutos, pois a adolescente se recusava em permanecer na sala. Ela disse que não gostaria de falar sobre nada, então lhe foi solicitado que apenas escutasse.

Foi-lhe dito que, ao se colocar em seu lugar e ao se lembrar de tudo o que foi falado na última sessão, era possível compreender o sentimento de envergonha e medo que a adolescente deve ter sentido. Afinal, teria falado tudo àquilo para uma desconhecida, sem saber o que essa pessoa estranha iria fazer: se iria cuidar ou tratar com negligência. Além do mais, de onde ela vinha, falar era uma ameaça e que todos, para ficarem bem, tinham que ficar de “bico fechado”. Mas, naquele único encontro psicoterapêutico, falar era sinal de esperança e de verdadeiras mudanças. Quanto mais se falava, mais possibilidades eram criadas. Para finalizar, foi enfatizado que era entendido que não quisesse continuar o atendimento, mas que, caso mudasse de opinião, poderia entrar em contato novamente. Para tanto, foi-lhe dados dois telefones de contato. Além do mais, foi assegurado que tudo o que foi conversado ficaria guardado com muito cuidado. Após isso, Liana perguntou se havia terminado e pediu para ir embora.

Conclusões

O atendimento de Liana foi marcado por indícios de esperança e possibilidades, ao mesmo tempo em que foi sentido pela adolescente como uma grande ameaça.

O relato extenso de sua vida, em uma única sessão, só foi possível porque a adolescente percebeu a situação psicoterapêutica como um ambiente de tolerância de sua agressividade e de apoio as suas necessidades egóicas, o que de fato poderia possibilitar a integração de sua personalidade.

Porém, entrar em contato com sua história, foi entrar em contato com sua agressividade que é sentida pela paciente como tendo um grande poder de destruição. Foi entrar em contato com seu lado mal; lado este que Liana cindiu de sua personalidade. E, neste momento, a ameaça de destruir qualquer coisa no ambiente foi maior que a esperança em poder ser contida e se tornar integrada, pois isso colocaria em risco o ambiente que a está acolhendo: a Igreja.

Assim, ao entender a fragilidade dessa contenção, viu-se necessário acolher seu medo, de modo a transformar o que o originou em uma nova possibilidade e esperança. Pois, ao recebê-la para uma nova sessão, foi-lhe “mostrado” que seu lado mal não destruiu nada do ambiente psicoterapêutico, pelo contrário criou uma possibilidade de estar ali por completo, aceitando à adolescente principalmente por aquilo que ela teme que não seja aceito. Entregar-lhe o contato, para que ela possa retornar, foi deixar-lhe claro que sua esperança foi compartilhada e mantida. Mas, mais do que isso, foi “dito” a Liana que existe um desejo de que ela aceitasse a psicoterapia e de que ela possa voltar, pois agora existem pessoas que podem e querem lhe propiciar àquilo que ela não pode encontrar enquanto criança: um cuidado suficientemente bom.

Referências

ABRAM, L. A Linguagem de Winnicott: dicionário das palavras e expressões utilizadas por Donald W. Winnicott. Rio de Janeiro, RJ: Livraria e Editora REVINTER Ltda, 2000.

AZEVEDO, M. A. & GUERRA, V. N. A. (org.). Crianças Vitimizadas: a síndrome do pequeno poder. São Paulo, SP: Iglu Editora, 1989.

AZEVEDO, M. A. & GUERRA, V. N. A. Infância e Violência Doméstica – módulo 1A/B. São Paulo, SP: LACRI, IPUSP, 1997.

AZEVEDO, M. A. & GUERRA, V. N. Infância e Violência Doméstica: fronteiras do conhecimento. São Paulo, SP: Editora Cortez, 2000.

ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE (ECA). Lei Federal n°8069 de 13 de julho de 1990. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8069.htm .

DESLANDES, S. F. Atenção a Crianças e Adolescentes Vítimas de Violência Doméstica: análise de um serviço. CAD. Saúde Publ, Rio de Janeiro, 10(1); 1994, pp.177-187

GUERRA, V. N. A. Violência de pais contra filhos: a tragédia revisitada. São Paulo: Cortez, 1998.

MILANI, R.G. & LOUREIRO, S.R. Famílias e Violência Doméstica: condições psicossociais pós ações do Conselho Tutelar. Psicol. cienc. prof. v.28(1). Brasília, mar. 2008, pp.50-67.

WINNICOTT, D. W. Alguns aspectos da delinqüência juvenil. In.: WINNICOTT, D. W. Privação e Delinqüência. Tradução Álvaro Cabral. São Paulo, SP: Editora Martins Fontes, 1999a, pp.127-134.

_____. A Tendência Anti-Social. In: WINNICOTT, D. W. Privação e Delinqüência. Tradução Álvaro Cabral. São Paulo, SP: Editora Martins Fontes, 1999b, pp. 135-147.

O TRABALHO PSICOLÓGICO JUNTO A FAMÍLIA E A REDUÇÃO DOS RISCOS DA VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Maria Aparecida Mazzante Colacique [19]

José Tolentino Rosa[20]

Leila Cury Tardivo[21]

"As crianças são as mensagens vivas que enviamos a um tempo,que não veremos. Do ponto de vista biológico é inconcebível que uma cultura esqueça a sua necessidade de se reproduzir" (Neil Postman

RESUMO

A Infância na antiguidade não era distinguida do mundo do adulto. No início do século XVI surgiu a preocupação humanista com as crianças. São apenas cinco séculos na história da humanidade, e atualmente a fase da infância ainda se mistura a adolescência e ao adulto. O aumento da violência nos dias atuais na família atinge muitas crianças, e se faz necessária especial atenção para com o futuro das novas gerações. Na atualidade o "brincar", o "conversar", o "afeto" foi substituído pela busca da fama em idade cada vez mais precoce, com desaparecimento da valorização da infância e adolescência na moderna família. Douglas é um garoto de 13 anos que está recuperando a auto-estima e a perspectiva de um futuro melhor, pois foi abandonado pelos pais por duas vezes até os 11 anos. O atendimento psicológico com a criança e com a família adotante abre margem para a recuperação de sua esperança em uma vida melhor, com mais dignidade. O enfoque winnicottiano das consultas terapêuticas consolidou a formação do vínculo familiar saudável e a presença da preocupação materna primária tem ajudado no desenvolvimento de seu potencial criativo.

[19] Membro do Laboratório Apoiar; Doutora em Psicologia Clínica pela USP e Psicóloga da Clínica Durval Marcondes, do IPUSP.

[20] Membro do Laboratório Apoiar; Professor doutor do Departamento de Psicologia Clínica; docente supervisor do Curso de Especialização em Psicoterapia Psicanalítica do Instituto de Psicologia da USP.

[21] Coordenadora do Laboratório Apoiar; Professora Associada do Departamento de Psicologia Clínica; docente supervisora do Curso de Especialização em Psicoterapia Psicanalítica do Instituto de Psicologia da USP.

Palavras Chaves: Infância; Adolescência; Violência; Família; Winnicott.

INTRODUÇÃO:

O estudo sobre a questão da violência no mundo atual torna-se uma tarefa relevante a todos os profissionais que trabalham com crianças, adolescentes, famílias, e especialmente os que atuam com as crianças abrigadas. Sendo que estas, já sofreram uma violência em função de algum tipo de abandono / negligência por parte dos pais, familiares mais próximos e foram institucionalizadas.

A etapa da infância nos primórdios dos séculos não se constituía em distinguir o mundo infantil do mundo dos adultos. Somente no início do século XVI houve uma preocupação mais humanitária em relação a essa faixa de idade. Durante esse século pode-se notar os avanços ao olhar para os seres em crescimento, sendo uma das grandes invenções do período Renascentista.

Ao lado da ciência, do Estado-nação e da liberdade de religião, a infância, como estrutura social e como condição psicológica, surgiu por volta do século dezesseis e chegou refinada e fortalecida aos nossos dias. (Postman, 2002, p. 22).

Nos dias atuais percebe-se que existem famílias com características infantis e outras famílias com atitudes de adolescentes. Os pais estão tentando se aproximar dos filhos de tal forma, que acabam se misturando com eles.

Perdem toda a autoridade, porque não cumprem o papel que lhes é de direito e não conseguem ser os reais amigos dos filhos.

Por outro lado, dentro de alguns abrigos, encontra-se pessoas que exercem a autoridade com dedicação e carinho, possibilitando a reintegração do menor tanto em relação a alguma família que o queira adotar, como diante da vida, após saírem do abrigamento.

Faz-se importante uma retomada aos verdadeiros princípios de família, onde o jovem tinha o amor, a liberdade e os limites que fazem parte das experiências do seu desenvolvimento no contato com o mundo.

Os objetivos deste trabalho tem duas vertentes: melhorar a auto-estima do menor que já havia sido abandonado por duas vezes, além da mãe; e o outro objetivo foi o de orientar a família que o iria adotá-lo, para minimizar o medo da violência que o menor estava apresentando.

COMO A VIOLÊNCIA FAMILIAR ATACA A SAÚDE MENTAL

A violência por ser um tema atual de saúde social, vários autores estudam como canalizar a força de vida que é necessária para viver, mas que também deve contribuir a sociedade e ao próprio indivíduo. Uma força de vida que arrebata consequencias desastrosas danifica o convívio familiar e social. Como alertam Yepes Stork e Aranguren:

> La violência, por contra, es una fuerza sin ley, un poder sin medida que destruye la forma de las cosas e impide su plenitud. Descuidar a un nino, despreciar a un hombre, atacar a alguien sin motivo, son desórdenes. (1999, p. 226).

Faz-se necessário entender as causas da violência em cada caso, em cada família e intervir adequadamente para que não se desenvolva situações que possam vir a se manifestar de geração em geração sem que algo possa deter esse processo.

Uma das piores coisas dentro da área da violência é a que fica no anonimato. Inúmeras vezes encontram-se situações que abrangem várias pessoas, que no final o anonimato leva a culpa.

Há de se ter presente, que a violência nunca começa grande, sempre com pequenos atos e contínuos as vezes da mesma pessoa em direção a uma mesma pessoa.

No Estatuto da Criança e do Adolescente-ECA, existem itens que foram ditados e explorados para que os adultos possam ter respeito à dignidade do jovem em transição durante as etapas do seu desenvolvimento.

Art. 13. Os casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra criança ou adolescente serão obrigatoriamente comunicados ao Conselho Tutelar da respectiva localidade, sem prejuízo de outras providências legais. (Capítulo I).

Os artigos citados abaixo demonstram a necessidade de esclarecer as pessoas que desempenhe papel próximo ao jovem, de estarem atentos que a violência inúmeras vezes exercida por eles é apenas uma resposta ao que recebem dos adultos:

Art. 15. A criança e o adolescente têm direito à liberdade, ao respeito e à dignidade como pessoas humanas em processo de desenvolvimento e como sujeitos de direitos civis, humanos e sociais garantidos na Constituição e nas leis.

Art. 16. O direito à liberdade compreende os seguintes aspectos:

I - ir, vir e estar nos logradouros públicos e espaços comunitários ressalvadas as restrições legais;

II - opinião e expressão;

III - crença e culto religioso;

IV - brincar, praticar esportes e divertir-se;

V - participar da vida familiar e comunitária, sem discriminação;

VI - participar da vida política, na forma da lei;

VII - buscar refúgio, auxílio e orientação.

Art. 17. O direito ao respeito consiste na inviolabilidade da integridade física, psíquica e moral da criança e do adolescente, abrangendo a preservação da imagem, da identidade, da autonomia, dos valores, idéias e crenças, dos espaços e objetos pessoais.

Art. 18. É dever de todos velar pela dignidade da criança e do adolescente, pondo-os a salvo de qualquer tratamento desumano, violento, aterrorizante, vexatório ou constrangedor.

Normalmente atendem-se jovens que estão em sofrimento, em que alguns conseguem se pronunciarem com o falar, outros com o choro, e outros ainda com a agressividade.

É dever estar atentos a toda e qualquer manifestação da criança / adolescente, para entender o sofrimento oriundo de abandono e maus tratos, que se fazem presentes nos diversos espaços em que o jovem atua.

O crescente aumento da violência que permeia os dias atuais, tanto nas famílias como nos seres em formação, leva-se a crer que pode não estar existindo uma preocupação / interesse no futuro das novas gerações. È necessário dizer que na atualidade o “jogar”, o “conversar”, o “afeto” foi substituído pela busca da fama em idade cada vez mais precoce, deixando que ocorra o desaparecimento da Infância e conseqüentemente da adolescência.

Na verdade, uma coisa é dizer que podemos observar que a vida das pessoas é frequente ou até predominantemente marcada por sofrimentos e outra bem diferente é daí concluir que a vida humana é, sobretudo-e essencialmente-sofrimento. (AIello-Vaisberg, p.10, 2008).

O sofrimento trás uma carga de amadurecimento, porém desde que seja de uma forma suportável, podendo chegar a elaborações que transformem o pensar e o atuar da pessoa, mas em outros casos o sofrimento pode ser paralisante.

Quando as perdas são frequentes e em tenra idade, prejudicam o desenvolvimento saudável da criança.

..., mais do que simplesmente a ausência de doenças, a saúde corresponde a um estado físico e mental relativamente liberto da dor e do desconforto que

permite ao indivíduo funcionar o melhor possível durante a maior parte do tempo, em um ambiente no qual a casualidade ou a escolha o colocaram. No caso a criança, a causalidade torna-se mais importante, uma vez que, por sua autonomia restrita, ela tem menores e mais limitadas às condições de escolha. (Assumpção, 2008, p.14).

As famílias que neglicenciam / abandonam suas crianças, provavelmente foram frutos de abandono de alguma natureza em seu caminhar pela vida. Repetem o que sofreram e em alguns casos com mais intensidade, como no caso que será relatado do Douglas.

O casal que iria adotar o menor estava receoso de que pudessem vir a ter problemas futuros, porque além de ser uma adoção tardia (11 anos), faziam parte da família materna. A sobrinha com o esposo estavam duvidosos do comportamento dele, poder ser semelhante ao comportamento da mãe quando este fosse maior.

...a violência doméstica contra a criança e o adolescente pode representar um verdadeiro fator de risco ao processo de desenvolvimento. A experiência de vitimização pode trazer sérias consequencias para a vitima, implicando a perturbação da noção de identidade e outros distúrbios de personalidade e de adaptação social. (Tardivo, 2008, p.563).

Não só a violência doméstica atravessa gerações, mas esta é mais perniciosa por se configurar em um espaço familiar, que deveria dar proteção e carinho ao menor em crescimento. Este tendo que se defender do próprio meio em que vive, passa a defender-se de todo e qualquer meio externo ou pessoa que dele se aproxima na vida. Comprometendo sobremaneira a relação afetiva pela vida futura.

Alguns fatos clínicos trazido por Douglas

Este caso foi atendido no Laboratório de Saúde Mental APOIAR-USP, por um tempo de cinco meses. Douglas, de 13 anos de idade, chegou para atendimento psicológico porque estava assustado com a perspectiva de poder vir a ser adotado e ser devolvido pela terceira vez.

Sua mãe biológica o havia abandonado quando tinha por volta de três anos de idade, deixando-o com avó materna, e até o momento não há paradeiro dela. A avó passou a cuidar dele, porém como seu comportamento revoltado, apresentava diversos inconvenientes em relação aos familiares que moravam com a avó, bem como alguns problemas na vizinhança.

A mãe antes de desaparecer, já não cuidava dele há muito tempo e este fazia o que queria. Diante do desaparecimento dela, sua avó que já assumia algumas coisas relacionadas ao neto passou a fazer tudo o que fosse necessário. Douglas por mais que não fosse cuidado pela manhã a contento, ficou muito agressivo em relação a sua avó.

Como a avó não conseguia detê-lo, pois brigava e batia nos adultos e nas crianças da rua, ela resolveu entregá-lo a uma tia que morava um pouco longe dela. Ele já tinha por volta de seis anos de idade.

Quando Douglas completava 8 anos de idade a tia veio trazê-lo de volta a avó por não conseguir minimizar a sua agressividade dele com seus filhos (ela tinha dois filhos), quase da mesma idade dele.

A avó ficou surpresa com a devolução, pois pensou que esse problema já havia sido resolvido, mesmo porque encontrava doente e precisando de ajuda para dar conta dela própria.

Douglas viveu por um tempo com sua avó, enquanto a família decidia onde poderia ser melhor para morar e com quem. Todos temiam que ele pudesse ter algum problema de comportamento oriundo da sua mãe, que também apresentava dificuldade de adaptação na família, nos empregos, e com os amigos.

Tudo era conversado diante dele, todas as preocupações, ansiedade da família, existia sempre a pergunta: O que será bom para ele e para quem for ficar com ele? A pergunta pairava no ar.

O filho poderia estar trilhando o mesmo caminho da mãe. Essa suspeita poderia ser verdadeira e todos olhavam a criança dessa única maneira. Deixando-o mais inseguro e sem um espaço que o permitisse aliviar seus

medos. Queriam colocar limites sem perceber que o que ele fazia era uma forma de mostrar que alguma coisa não andava bem no seu emocional.

Um tio de Douglas estava para casar e a futura esposa, convenceu a família que ambos poderiam cuidar do menino. A situação aconteceu. Por um ano a vida foi boa para todos, mesmo com todas as dúvidas que pairava na cabeça de todos os familiares, ele se portava bem, pois sentia que estava realmente em um lar.

Tudo caminhava a contento quando a tia engravidou e teve um menino. O carinho dispensado a essa criança fez com que Douglas passasse a voltar com o comportamento anterior, ou seja, agressivo.

Quando o casal trouxe Douglas para a primeira sessão de atendimento, pode-se notar a sua hostilidade frente a uma pessoa do meio externo que era exatamente como ele aprendeu a lidar com as situações que precisou lidar em durante sua vida.

Um fator interessante fez que Winnicott (2000), explicasse a necessidade do paciente de ser odiado antes mesmo de ser amado:

A partir de sua experiência pessoal, Winnicott, que trabalhou com crianças evacuadas durante a guerra, bem como no atendimento a famílias ao longo dos anos, reconhece o quão importante torna-se para o novo ambiente tolerar o ódio provocado pela criança que sofreu uma perda, e que verdadeiramente demonstra sua esperança inconsciente. (Abram, 2004. p.169).

Nas primeiras sessões Douglas agredia o tempo todo, e era fácil de se perceber que a situação que vivia em casa, tendo que carregar um legado da sua mãe biológica não era fácil, pois as suspeitam voltaram a rondar os familiares de que não tinha jeito de melhorar seu comportamento.

As sessões de Douglas foram intercaladas com orientação aos tios, pois estes estavam assustados de que Douglas pudesse fazer algo de ruim ao primo, que nesta época já tinha um ano e meio.

Através dos encontros com os tios pode-se explicar sobre o susto que Douglas vinha sentindo em relação ao primo que chegou, visto que era o verdadeiro

filho do casal e que de um momento para outro ele poderia ser levado embora daquela casa.

Os tios demoraram a acreditar que Douglas pudesse pensar que eles iriam deixá-lo, porque tiveram um filho. Quando passaram a compreender que isso seria possível, porque já havia sido mandado embora por duas vezes, além do abandono da mãe.

Depois de algumas sessões, pode-se notar a compreensão do casal, em relação a Douglas e este passou a vir sozinho nas sessões de psicoterapia, conquista que ele estava querendo, mas não conseguia porque era uma forma de ficar perto do casal, aliviando seu medo, quando vinha para o atendimento.

Provavelmente a preocupação de Douglas era proveniente do que via dos tios em relação ao filho. Notava que os tios devotavam cuidados ao primo e ele poderia ser deixado abandonado e ou entregue a algum outro membro da família.

Quando tudo foi se tornando mais claro a Douglas, que o primo requeria mais cuidados por ser menor que ele, pode confiar na sua capacidade de seguir em frente e começar a desenvolver o que já estava em andamento na sua mente. Poder caminhar com suas conquistas, ou seja, poder vir à terapia por si só.

A alegria que demonstrou de poder fazer o que já havia pensado em vir sozinho a psicoterapia proporcionou uma experiência rica de desafios, pois a cada dia que chegava, contava o que pode descobrir sozinho pelos caminhos que o ônibus passava.

Seus tios também, aos poucos perderam o medo de que ele pudesse se perder, ou “aprontar na rua”, arrumando confusão, brigando ou enfrentando o que poderia lhe trazer prejuízo de alguma maneira.

CONCLUSÃO

O desaparecimento da infância em uma idade precoce leva a crer que os cuidados maternos estavam comprometidos, alterando a composição do ambiente de holding. A preocupação materna primária no caso de Douglas

estava deteriorada, tanto pela mãe que foi embora, como pela avó e pela tia que após dois anos devolveu o sobrinho a avó.

O casal que o adotou, procurou dar o holding tanto psicológico, como físico que são essenciais ao longo da vida de uma criança. O ambiente de holding, segundo Winnicott, nunca perde a importância. A instabilidade que Douglas apresenta diante de fatos novos o ameaça de voltar ao comportamento anterior, quando não se sente seguro.

A segurança que se fez presente após a instabilidade de um novo membro, dentro da família, pode contribuir para que continuasse com o crescimento de forma sadia e alegre.

O trabalho psicoterapêutico com Douglas e a orientação com seus pais/ primos, deixou uma provisão facilitadora ambiental, permitindo que pudesse olhar o mundo de outra forma.

Os objetivos foram alcançados na medida em que Douglas pode perceber que já era um membro da família, antes de chegar o primo que nasceu, bem como os pais/tios, puderam perceber que agressividade do menor estava diretamente relacionada a uma possível perda do lar em que se encontrava, visto que no seu passado, qualquer mudança ou agressão ele era devolvido a avó-materna.

O trabalho com a possível família que o estava tentando adotá-lo abriu margem para uma pequena recuperação de esperança em sua vida. O estabelecimento de um vínculo familiar a contento fez com que adquirisse um olhar a si próprio continuando a desenvolver seu potencial.

REFERÊNCIAS:

ABRAM, J. A Linguagem de Winnicott. (Outeiral J.O., trad.) Rio de Janeiro: Ed. Revinter, 2004.

AIELLO-VAISBERG, T. M.J. O sofrimento e a exclusão à luz da psicopatologia do self (p.9-12). In Tardivo, L.S.P.C. e Gil, C.A. Apoiar Novas Propostas em Psicologia Clínica. São Paulo: Ed. Sarvier, 2008.

ASSUMPÇÃO, F. B. J. A questão da psicopatologia na infância e na adolescência: aspectos práticos.(pp.13-31). In Tardio, L.S.P.C. e Gil, C.A. Apoiar Novas Propostas em Psicologia Clínica. São Paulo: Ed. Sarvier, 2008.

ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE. Secretaria Especial de Direitos Humanos, Ministério da Educação, Assessoria de Comunicação Social. Brasília: MEC, ACS, 2005.

POSTMAN, N. O desaparecimento da Infância. Rio de Janeiro. Ed. Grafia, 1999.

TARDIVO, L.S.P.C. Inventário de frases no diagnóstico de crianças e adolescentes vítima de violência doméstica, estudo de validade e resultados preliminares (pp. 563-581) In Tardivo, L.S.P.C. e Gil, C.A. Apoiar Novas Propostas em Psicologia Clínica. São Paulo: Ed. Sarvier, 2008.

YEPES STORK, J. e ECHEVARRÍA, Aranguren. Fundamentos de Antropología. Un ideal de la excelencia humana. Pamplona: EUNSA, 1998.

ESTUDO DA DEPRESSÃO EM CRIANÇAS ABRIGADAS

Aline Moreira da Silva Tafner

Valdeli Vieira

Maria Aparecida Mazzante Colacique

Leila Cury Tardivo

O interesse na ocorrência de depressão em crianças e adolescentes é bastante recente. Embora a depressão infantil tenha sido descrita desde o século XVIII, despertava pouco interesse na comunidade cientifica (Golfeto, Veiga, Souza e Barbeira, 2002), que a considerava rara e até inexistente pela imaturidade psíquica e cognitiva da criança e do adolescente (Cruvinel, Boruchovitch & Santos, 2008). A partir de 1975, o National Institute of Mental Health of the US (NIMH) reconheceu sua existência (Bahls 2002), sendo que esta, atualmente, não é mais questionada e diversos instrumentos foram desenvolvidos para a sua detecção. As avaliações objetivas como questionários, escalas de auto-avaliação e inventários são instrumentos mais aplicados por possuírem vantagens como: a diminuição da subjetividade, a redução da inferência e o efeito da opinião do pesquisador ou clínico. Além disso, são de fácil aplicação e correção, considerados mais econômicos, pois requerem, por parte do entrevistador, um treinamento mais simples e rápido. No entanto, é importante ressaltar que tais inventários não substituem as entrevistas clínicas no processo diagnóstico, sendo empregados, na maioria das vezes, em conjunto com outras técnicas e como medidas de rastreamento de sintomas depressivos (Cruvinel et al., 2008).

Dentre os inventários de auto-avaliação relatados na literatura, o CDI ou Inventário de Depressão Infantil tem sido o instrumento mais comum na identificação de sintomas depressivos. O CDI foi elaborado por Kovacs (1983) a partir da adaptação do BDI (Beck Depression Inventary) e propõe mensurar sintomas depressivos em jovens de 7 a 17 anos. É constituído por 27 itens com três possibilidades de respostas. Foi adaptado e normatizado para a cidade de João Pessoa por Gouveia, Barbosa, Almeida e Gaião (1995), que utilizaram como amostra, as respostas ao inventário de 305 crianças entre 8 e 15 anos,

de ambos os sexos, provenientes de escolas públicas e privadas. O instrumento foi elaborado a partir da pressuposição de que os sintomas da depressão infantil fossem os mesmos que acometem os adultos segundo o DSM-IV (ArtMed, 2007). De acordo com o DSM-IV, para o diagnóstico de Episódio Depressivo Maior é necessário que o paciente apresente cinco ou mais dos sintomas listados acima durante um período de pelo menos duas semanas. E acrescenta que tais sintomas devam acarretar sofrimento ou prejuízo no funcionamento do indivíduo, não devendo ser conseqüência do uso de substâncias como drogas ou medicamentos, ou ocorrendo em função de alguma condição médica ou luto.

Apesar do DSM-IV descrever que os sintomas da depressão são semelhantes independente da idade, pesquisadores vêm demonstrando que existem particularidades na sintomatologia de crianças e adolescentes. Steinberg (1989 como citado em Cruvinel et al., 2008) acrescenta que o adolescente tende a manifestar nervosismo, isolamento familiar e social, promiscuidade sexual, fadiga, sintomas físicos, alterações de sono e apetite, problemas somáticos, dificuldades escolares, ansiedade, obsessão, fobias, tentativas de suicídio e condutas delinqüentes ou anti-sociais. Montenegro (1993, como citado em Baptista & Golfeto, 2000) acrescenta a baixa auto-estima, tristeza, frustração, medos e também condutas delinqüentes. Ajuriaguerra e Marcelli (1991, como citado em idem) destacam que a depressão infantil está associada a uma inibição motora, ocasionando para a criança uma dificuldade de brincar, executar tarefas ou ocupações. Calderaro e Carvalho (2005) ressalta que muitas vezes a sintomatologia da depressão pode levar a diagnósticos imprecisos de hiperatividade, tendência anti-social e déficit de atenção.

Andriola e Cavalcante (1999, como citado em Ribeiro et al., 2007) alertam que, quando a criança não é tratada a tempo, poderá desenvolver modelos de comportamento tais como: isolamento, retraimento, dificuldades em se comunicar, entre outros, os quais podem se tornar resistentes a mudanças. Faz-se necessária atenção por parte dos familiares e equipe pedagógica acerca dos sinais e sintomas da sintomatologia depressiva na infância. Pois uma das dificuldades que agrava os sintomas da depressão em

crianças deve-se ao fato de que os responsáveis não os reconhecem (Ribeiro et al., 2007).

Existem fatores de risco e proteção para o surgimento de depressão ao longo do desenvolvimento. A falta de apoio familiar tem sido o principal fator relacionado a manifestações do transtorno depressivo (Dell'Aglio & Hutz, 2004). Nesse sentido, diversos estudos apontam para o fato de que vivências traumáticas na infância, como perda de vínculos afetivos devido à morte de pais ou irmãos, ou ainda, a privação de um ou de ambos os pais por separação ou abandono, seriam importantes fatores associados à depressão na vida adulta (Zavaschi, Satler, Poester, Vargas, Piazensky, Rohde & Eizirik, 2002), embora reconheçam a etiologia das doenças afetivas como de natureza multifatorial. Por outro lado, um contexto familiar que se caracterize por trocas afetivas, intimidade e comunicação apropriada, tem sido identificado como um importante fator de proteção, ajudando as crianças a manterem um senso de estabilidade e rotina frente a mudanças (Herman-Stahl & Petersen, 1996, como citado em Dell'Aglio e Hutz, 2004), mesmo que o relacionamento positivo seja apenas com um dos pais.

Crianças e adolescentes abrigados configuram-se uma população de risco na medida em que vivem afastados da família e muitas estão institucionalizadas por serem vítimas de violência doméstica (física, sexual, psicológica, negligência e abandono intencional).

Em seu estudo, Dell'Aglio (2000) investigou diversos aspectos no desenvolvimento de crianças e adolescentes que viviam em abrigos (nível intelectual, desempenho escolar, estratégias de *coping* e estilo atribucional). De todas as variáveis, a única que se mostrou significante, comparada a crianças e adolescentes que viviam com a família, foi o índice de depressão, que se mostrou mais alto em meninas institucionalizadas. A própria autora interpreta que estes resultados não indicam uma relação causal entre a institucionalização e a depressão. Ressalta que, na maioria dos casos a institucionalização se deu em conseqüência de eventos traumáticos na família (abandono, violência doméstica, negligência), podendo ter sido este o principal fator de risco para a depressão.

Grusec e Lytton (1988, como citado em idem) chamam a atenção para fatores que influenciam na incidência de psicopatologias em crianças

institucionalizadas tais como: separação da família, o tipo de relacionamento prévio com a mãe, a oportunidade de desenvolver relações seguras após a separação, a qualidade do cuidado oferecido, a idade da criança, a duração da institucionalização, sexo e temperamento da criança. Abreu (2000) investigou a prevalência de transtornos psiquiátricos em crianças institucionalizadas (n = 63) comparadas a um grupo controle (n = 63). Como resultados, obteve um índice maior de incidência de transtornos em crianças abrigadas (49,2% e 14,3% no grupo controle), sendo que a depressão foi o transtorno mais freqüente (28,6% e 7,9% no controle). Conclui que crianças e adolescentes institucionalizados têm maior chance de apresentar transtornos psiquiátricos quando comparados àqueles que vivem com suas famílias. A própria autora ressalta que o fato de suas vidas serem marcadas por eventos adversos (vitimização, miséria, abandono, etc.) pode estar por trás desses achados.

Aspectos que indicam a incidência de depressão também podem ser percebidos em instrumentos projetivos e gráficos. Em pesquisa realizada por Ribeiro et al., (2007) o CDI foi aplicado como *screening* numa amostra de 553 crianças entre 7 e 12 anos e 22 apresentaram pontuação indicativa de depressão (ponto de corte = 17 pontos). Neste novo grupo, os pesquisadores aplicaram o desenho estória com tema mediante a consigna: "*Desenhe uma pessoa com depressão".* Os dados obtidos evidenciam que a depressão foi associada principalmente a fatores psicossociais (excluindo-se referências à esfera psicoafetiva, biológica e espiritual). As crianças ligaram a depressão a três fatores principalmente: a falta de amigos, pessoa isolada e o medo de ser rejeitado.

1. Objetivo

A Depressão é o transtorno psíquico que mais afeta crianças e adolescentes abrigados. Partindo-se deste pressuposto, a presente pesquisa teve como objetivo, num primeiro momento, avaliar a incidência de depressão em crianças abrigadas; e num segundo momento, compreender a depressão inserida na dinâmica psíquica destas crianças.

2. Metodologia

Participantes

Participaram da pesquisa três meninos abrigados de 10, 13 e 15 anos, encaminhados para avaliação e atendimento psicológico no APOIAR/USP (Laboratório de Saúde Mental e Clínica Social da USP).

Instrumentos

Para rastrear sintomas depressivos, foi aplicado o CDI (Kovacs, 1983) por ser o instrumento mais utilizado em pesquisas sobre o tema e por sua fácil administração. Como já explicitado anteriormente, o CDI não requer treinamento específico e sua correção é muito simples. Para investigar aspectos psicodinâmicos, foi escolhido o desenho estória sem tema (Trinca, 1972), aplicado em uma única sessão. Tal técnica possui boa aceitação entre crianças e adolescentes e permite uma apreensão ampla da dinâmica psíquica do indivíduo naquele momento de vida. O desenho estória incentiva a expressão e comunicação de conflitos inconscientes da personalidade e assim, ajuda na elucidação de tais dinamismos. Seu emprego no psicodiagnóstico apresenta vantagens como: a economia de materiais e facilidade para a aplicação.

Procedimento

O processo de aplicação dos instrumentos se deu após o estabelecimento do rapport com as crianças e configurou-se da seguinte maneira: por ser uma técnica livre, menos estruturada e mais lúdica, o Desenho Estória foi aplicado antes do CDI, em uma única sessão, procurando seguir a sugestão do autor (Trinca, 1972) sobre produção de cinco unidades. Deixou-se disponível para o participante lápis colorido e preto e pediu-se que fizesse um desenho de tema livre e que poderia levar o tempo que precisasse para elaborá-lo. Ao fim de cada produção, foi pedido que a criança ou adolescente criasse uma história livremente associada ao desenho. Em seguida, realizou-se um inquérito para esclarecer aspectos da história e solicitou-se que o autor do desenho desse um título ao mesmo. O pesquisador repetiu este procedimento até que se completassem as cinco unidades, ou a sessão terminasse.

Numa segunda sessão, aplicou-se o CDI, composto por 27 itens com três opções de resposta cada. A criança ou adolescente ouvia as três

opções lidas pelo aplicador e dizia qual se aplicava mais a ele. Foi atribuído 0 a alternativa que indicava ausência de sintoma, 1 para presença de sintoma e 2 para sintoma agravado. De acordo com pesquisas nacionais (Bahls, 2002, Baptista & Golfeto; Gouveia et al., 1995; Fonseca, Ferreira, & Fonseca, 2005, Ribeiro et al., 2007), foi atribuído como ponto de corte 17 pontos.

A análise do Desenho Estória se baseou nas categorias propostas por Tardivo (1985) a partir do referencial de Trinca (1972), que se fundamenta na psicanálise. O referencial utilizado organiza os dados dos desenhos em sete grupos e trinta e três traços:

Grupo 1 – Atitude Básica (traços de 1 a 5)

1. Aceitação
2. Oposição
3. Insegurança
4. Identificação Positiva
5. Identificação Negativa

Grupo II – Figuras Significativas (traços de 6 a 11)

6. Figura Materna Positiva
7. Figura Materna Negativa
8. Figura Paterna Positiva
9. Figura Paterna Negativa
10. Figura Fraterna e/ou Outras Figuras Positivas
11. Figura Fraterna e/ou Outras Figuras Negativas

Grupo III – Sentimentos Expressos (Traços de 12 a 14)

12. Sentimentos Derivados do Instinto de Vida
13. Sentimentos Derivados do Instinto de Morte
14. Sentimentos Derivados do Conflito

Grupo IV – Tendências e Desejos (Traços 15 a 17)

15. Necessidades de Suprir Faltas Básicas
16. Tendências Destrutivas
17. Tendências Construtivas

Grupo V – Impulsos (traços 18 e 19)

18. Amorosos.
19. Destrutivos.

Grupo VI – Ansiedades (traços 20 e 21)

20. Paranóides.
21. Depressivas.

Grupo VIII – Mecanismos de Defesa (traços 22 e 23)

22. Cisão

23. Projeção
24. Repressão
25. Negação/Anulação
26. Repressão ou Fixação a Estágios Primitivos
27. Racionalização
28. Isolamento
29. Deslocamento
30. Idealização
31. Sublimação
32. Formação Reativa
33. Negação Maníaca ou Onipotente

A partir das categorias supracitadas, as produções dos participantes foram classificadas por três juízes cegos, todos psicólogos que dominavam a teoria psicanalítica. O terceiro juiz foi solicitado quando houvesse discordância entre os dois primeiros, buscando o consenso. Duas instruções específicas foram dadas aos juízes: (1) deviam classificar cada história a partir das categorias, escolhendo apenas um item. Quando ficassem na dúvida entre mais de uma possibilidade, deviam escolher aquela que preponderasse, nas suas opiniões. (2) Caso sentissem necessidade, poderiam sugerir a criação de novos itens que fossem mais adequados à história.

Resultados e Discussão

A partir da Tabela 1 é possível notar que não houve uma homogeneidade na produção dos três participantes. O número de histórias variou de acordo com a organização temporal de cada indivíduo, que tiveram o mesmo tempo de produção: uma sessão de uma hora.

As categorias criadas por Tardivo (1985) são uma sugestão de objetivar um instrumento projetivo, e portanto, subjetivo. A iniciativa é válida e mostrou-se eficiente ao propor uma padronização de análise do teste, o que facilita o uso quantitativo do instrumento, permitindo a replicabilidade do mesmo e sua generalização. Nesta abordagem, o inquérito é fundamental, pois esclarece aspectos da história, facilitando a classificação. O consenso sobre os **Mecanismos de Defesa** mostrou-se muito difícil de ser obtido e por isso, este grupo foi excluído da análise.

Iniciais	*Grupo I Atitude básica*	*Grupo II Figuras significativas*	*Grupo III Sentimentos expressos*	*Grupo IV Tendências e desejos*	*Grupo V Impulsos*	*Grupo V Ansiedade*
J.G.O.S.	Aceitação	Outra Positiva	Instinto de Vida	Construtivas	Amorosos	Depressiva
	Identificação Positiva	Figura fraterna positiva	Instinto de Vida	Construtivas	Amorosos	Depressiva
	Oposição	Outra Negativa	Instinto de Morte	Destrutivas	Destrutivos	Paranóide
	Insegurança	Outra Negativa	Instinto de Morte	Suprir Faltas Básicas	Destrutivos	Paranóide
J.L.	Identificação Positiva	Outra Negativa	Conflito	Destrutivas	Destrutivos	Paranóide
	Insegurança	Outra Ambivalente	Conflito	Suprir Faltas Básicas	Amorosos	Depressiva
L.E.	Aceitação	Outra Positiva	Instinto de Vida	Construtivas	Amorosos	---
	Identificação Negativa	Outra Ambivalente	Conflito	Construtivas	Amorosos	Depressiva
	Identificação Negativa	Outra Positiva	Conflito	Suprir Faltas Básicas	Amorosos	Depressiva

Tabela 1: Classificação consensual dos juízes das histórias.

Ao contrário do que ocorreu com os Mecanismos de Defesa, o GRUPO I, **Atitude Básica**, possuiu concordância entre os juízes, apesar de apresentar grande variedade de opções. Desta forma, não foi possível tirar conclusões generalizantes no que concerne à atitude básica de meninos abrigados perante a vida. Apenas em L.E. há uma preponderância da identificação negativa, nos outros meninos, houve grande variedade de classificação.

Chama a atenção no GRUPO II, **Figuras Significativas**, a ausência de figuras paternas e maternas em todos os participantes. Até mesmo a figura fraterna surge em apenas uma das histórias. Pode-se pensar que essa característica comum entre os meninos da pesquisa refletem as suas vivências diretamente ligadas à institucionalização. Crianças e adolescentes abrigados deixam de conviver em família parcialmente (podem visitar a família nos finais de semana ou férias, além de receberem visitas) ou totalmente (a família não possui condições, por diversos motivos, para receber a criança ou visitá-la.

Sendo que em muitas vezes, este impedimento é judicial). As figuras maternas, fraternas e paternas, ficam muito distante do cotidiano de jovens institucionalizados, que passam a ter como referência as outras crianças abrigadas e os educadores. Nas histórias a maioria das figuras significativas que aparecem são iguais, ou seja, não há diferença de hierarquia. Pode-se observar que neste grupo sobressaem-se as figuras categorizadas como negativas ou ambivalentes.

Foi necessário incluir um novo item ao Grupo II (**Figuras Significativas**). Tardivo (1985) lançou como possibilidade as figuras positivas e negativas. A amostra desta pesquisa expôs, aos juízes, a necessidade de se criar o item que englobasse figuras ambivalentes, ou seja, que ora aparecem na história como positivas, ora como negativas. Esse é um dado importante que caracteriza a amostra. Na grande maioria das vezes, crianças e adolescentes abrigados possuem um relacionamento instável com as figuras parentais, que não raro, protagonizam violências de diversos tipos contra estes jovens. Em si, estas relações constituem-se como ambivalentes, pois ao mesmo tempo em que a criança busca a aproximação destas figuras de referência, também se mostram retraídas para este contato. A própria vivência no abrigo acaba propiciando a continuidade de vínculos instáveis. Apesar de haver uma tentativa nos últimos anos de criar instituições que se aproximam de um modelo nuclear e familiar (unidades com menos crianças e mais cuidadores, incentivo para o convívio em comunidade, etc) é da natureza da situação que os vínculos sejam instáveis. O tempo todo, crianças chegam, outras se vão, educadores são contratados e demitidos, tornando os vínculos inconstantes pela imprevisibilidade da própria situação, que por definição jurídica é uma situação de passagem.

Os grupos III (**Sentimentos Expressos**), IV (**Tendências e Desejos**), V (**Impulsos**) e VI (**Ansiedade**) mostraram-se muito coerentes entre si. Coerência esta oriunda da teoria que deu origem às categorias. Toda esta coerência interna da categoria é transportada para a classificação dos juízes que foram muito concordantes nestes grupos.

A amostra apresentou, de modo geral, um escore limite no **CDI** (Tabela 2). O único adolescente que de fato pontuou no sentido indicativo de uma depressão foi L.E., que apresentou 18 pontos, podendo ainda ser inserido num

limite extendido. A diferença entre o adolescente que pontuou menos, para L.E foi de apenas 3 pontos.

Iniciais	Idade	Escore C.D.I.
J.G.O.S.	10	17
J.L.	13	15
L.E.	15	18

Tabela 2: Escores do CDI

Conclusão

As categorias desenvolvidas por Tardivo (1985) mostraram-se úteis para uma análise padronizada do Desenho Estória. A amostra utilizada nesta pesquisa foi pequena não permitindo que os resultados sejam estatisticamente relevantes, tanto que esta análise matemática nem foi utilizada. Porém algumas conclusões podem ser tiradas a partir do presente estudo. A primeira delas foi a interessante associação entre os dois instrumentos utilizados – CDI e o Desenho Estória. Os três meninos, que participaram da pesquisa, obtiveram uma pontuação muito próxima ao ponto de corte no CDI. Essa semelhança é melhor explorada quando analisamos as produções da técnica projetiva. Apesar de terem marcado pontuações tão próximas (J.G.O.S = 17; J.L. = 15 e L.E. = 18), o Desenho Estória permitiu, através da categorização, explicitar que as dinâmicas psíquicas de tais pacientes são diferentes entre si, o que leva a conclusão de que, indivíduos com pontuações semelhantes num inventário, não apresentam, necessariamente dinâmicas iguais.

Apesar de não ter havido na amostra estudada um escore que apontasse um estado depressivo maior, o indicativo de depressão surge como um traço importante, tendo aparecido em todos os participantes. Mesmo que o abrigo seja encarado como uma medida positiva, ela envolve perdas ainda que seja de objetos ambivalentes. Aspecto este que apareceu nas histórias. Além disso, constitui-se como uma situação provisória, da qual o desfecho pode ser longo, imprevisível e angustiante. A proximidade dos escores no CDI deve inspirar certa atenção por parte dos profissionais que trabalham junto a estas crianças. Exatamente pelo fato de se encontrarem num limiar no qual uma intervenção pode se configurar como medida profilática de um estado

depressivo maior, cujo tratamento é mais difícil. Além disso, a intervenção pode trazer o alívio do sofrimento para aqueles que vivem angústias, mas ainda não desenvolveram um Estado Depressivo Maior.

Referências

Abreu, S.R. **Transtornos Psiquiátricos em Crianças e Adolescentes criados em Instituições**. Tese de Mestrado. UNIFESP: São Paulo, 2000.

Bahls, S.C. **Epidemiology of depressive symptoms in adolescents of a public school in Curitiba, Brazil.** *Revista Brasileira de Psiquiatria.* 24 (2). Junho. São Paulo, 2002.

Baptista, C.A.; Golfeto, J. H. **Prevalência de depressão em escolares de 7 a 14 anos**. *Revista de Psiquiatria Clínica*. São Paulo, v. 27, n. 5, 2000. 253-255 p.

Calderaro, R.S.S. & Carvalho, C.V. **Depressão na Infância: um estudo exploratório**. *Psicologia em Estudo*. V. 10 (2). Maringá, 2005.

Cruvinel, M.; Boruchovitch, E.; Santos, A. A. A. **Inventário de Depressão Infantil (CDI): análise dos parâmetros psicométricos**. *Fractal – Revista de Psicologia.* 20 (2). Rio de Janeiro, 2008.

Dell'Aglio, D.D. **O processo de coping, institucionalização e eventos de vida em crianças e adolescentes.** Dissertação de Doutorado. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Instituto de Psicologia, 2000.

Dell'Aglio, D.D.; Hultz, C.S. **Depressão e desempenho escolar em crianças e adolescentes institucionalizado.** *Psicologia: Reflexão e Crítica.* 17 (3), Porto Alegre, 2004.

DSM- IV: Manual Diagnóstico Estatístico de Transtorno Mentais. Porto Alegre: Artmed, 2007.

ECA - Estatuto da Criança e do Adolescente: disposições constitucionais pertinentes. LEI 8.069 de 13 de julho de 1990. Brasília. http://www.eca.org.br/eca.htm#texto - Estatuto da criança e do adolescente. Recuperado em: 04 de junho de 2010.

Fonseca, M. H. G.; Ferreira, R. A.; Fonseca, S. G. **Prevalência de sintomas depressivos em escolares.** *Pediatria.* São Paulo, v. 27, n. 4, 2005. 223-232 p.

Golfeto, J.H.; Veiga, M.H.; Souza, L.; Barbeira, C. **Propriedades Psicométricas do Inventário da Depressão Infantil.** *Revista de Psiquiatria Clínica*. 29 (2), 2002. 66-70 p.

Gouveia, R.V.; Barbosa, G.A.; Almeida, H.J.F.; Gaião, A.A. **Inventário de Depressão Infantil – CDI: Estudo de Adaptação com Escolares de João Pessoa.** *Jornal Brasileiro de Psiquiatria .* 44 (7), 1995. 345-9p.

Kovacs, M.A. **Developmental Perspective on Methods and Measures in the Assessment of Depressive Disorders: The Clinical Interview.** In Rutter, M.; Izard, C.; Read, P.; (eds.): Depression in Young People: Developmental and Clinical Perspectives. Guilford Press, Nova York. 1983.

Ribeiro, K.C.S.; Oliveira, J.S.C., Coutinho, M.P.L; & Araújo, L.F. **Representações sociais da depressão no contexto escolar**. Paidéia. V. 17 n°38. Ribeirão Preto, 2007.

Tardivo, L.S.P.C. **Normas para avaliação do procedimento de desenho: estórias numa amostra de crianças paulistanas de 5 a 8 anos de idade.** Dissertação de Mestrado. Instituto de Psicologia. Universidade de São Paulo (1985).

Trinca, W. **O desenho livre como estímulo de apercepção temática.** Tese de Doutorado. Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, 1972.

Zavaschi, M.L.S.; Satler, F.; Poester, D.; Vargas, C.F.; Piazensky, R.; Rohde, L.A.P. & Eizirik, C.L. **Associação entre trauma por perda e depressão na vida adulta**. Revista Brasileira de Psiquiatria. V. 24 n°4. São Paulo. 2002.

A IMPORTÂNCIA DA ENTREVISTA DIAGNÓSTICA NA PSICOTERAPIA BREVE COM ADULTOS DE MEIA IDADE E IDOSOS

Isabel G. Lopes Schvartzaid[22]
Lídia Rodrigues Schwarz[23]
Leila Cury. Tardivo

Resumo

A entrevista no campo da Psicologia Clínica é um instrumento através do qual o entrevistador busca investigar, diagnosticar e acima de tudo auxiliar aquele que procura ajuda no seu sofrimento psíquico. O presente trabalho relata a experiência do atendimento psicológico de Madalena (nome fictício), 56 anos, realizado na clínica-escola do IPUSP no Projeto APOIAR/IDOSOS. A paciente é divorciada, tem dois filhos e procurou o atendimento por sentir-se triste. O motivo maior de sua tristeza é atribuído ao relacionamento conflituoso com a filha. O enquadre abrangeu doze sessões de atendimento psicoterapêutico individual, de cinqüenta minutos, com freqüência de uma vez por semana. As entrevistas diagnósticas realizadas foram experienciadas não apenas como momento de coleta de informações da paciente, mas com função terapêutica. A técnica aqui utilizada é a da Psicoterapia Breve, de orientação psicanalítica. Os dados obtidos, por meio das entrevistas diagnósticas, nos quatro setores assinalados por Simon, indicaram que o Setor Afetivo-Relacional da paciente é o setor mais comprometido, sendo assim estabelecido o foco do processo psicoterápico breve nesse setor. O tratamento psicoterápico breve continua a se desenvolver e visa fazer com que a paciente se valorize e busque a auto-realização e o desenvolvimento de relações empáticas.

Palavras- chave: entrevista, psicoterapia breve, envelhecimento

Introdução

O presente trabalho busca mostrar a importância da entrevista na investigação e no diagnóstico de adultos de meia idade e idosos, antes do início da Psicoterapia Breve.

O interesse neste estudo surgiu a partir do atendimento psicológico a Madalena (nome fictício), 56 anos, realizado no IPUSP. As entrevistas diagnósticas

[22] Psicóloga – membro do APOIAR
[23] Psicóloga – Doutora Supervisora do Projeto Idoso do APOIAR

realizadas foram experienciadas não apenas como momento de coleta de informações da paciente, mas com função terapêutica.

A entrevista no campo da Psicologia Clínica é um instrumento através do qual o entrevistador busca investigar, diagnosticar e acima de tudo auxiliar aquele que procura ajuda no seu sofrimento psíquico.

Segundo Bleger (1980), a entrevista psicológica é uma relação que se estabelece entre duas ou mais pessoas, em que um dos integrantes é um técnico da psicologia que deve atuar nesse papel, e o outro, ou os outros, que necessitam de sua intervenção técnica. Enquanto técnica, compreende suas próprias regras empíricas através das quais não só amplia e verifica, mas também, ao mesmo tempo, se aplica o conhecimento científico.

* Psicóloga participante do Projeto APOIAR/Idosos

** Supervisora do Projeto APOIAR/Idosos

*** Coordenadora do Projeto APOIAR

Para esse autor, a entrevista pode ser dividida fundamentalmente em: aberta e fechada. Na entrevista aberta, há uma autonomia por parte do entrevistador para suas questões e intervenções, enquanto que na entrevista fechada não pode haver nenhuma alteração.

A preferência pelo tipo de entrevista será de acordo com o objetivo, sabendo-se que a entrevista aberta possibilita uma investigação mais ampla e profunda da personalidade, enquanto que a entrevista fechada permite uma melhor comparação sistemática de dados, além de outras vantagens próprias de todo método padronizado. (BLEGER, 1980)

De acordo com Knobel (1986), a entrevista inicial é todo um processo de encontro, conhecimento diagnóstico, vivências transferenciais e contratransferenciais, que podem acontecer em apenas um encontro ou em várias sessões. Para Fiorini (1978), o desempenho do terapeuta na primeira entrevista pode influenciar no prosseguimento do processo terapêutico e se assim for, na eficácia que este pode vir a alcançar ou no abandono do tratamento.

A Psicoterapia Breve aqui utilizada é uma modalidade que vem favorecer um maior número de pacientes, já que demanda um tempo inferior ao das

psicoterapias tradicionais. De acordo com Knobel (1986), psicoterapia breve é uma psicoterapia de tempo e objetivos limitados.

Segundo Fiorini, (1978), o terapeuta deve ser ativo e não deve ficar limitado ao material fornecido pelo paciente, deve explorar, interrogar, avaliar a situação total deste e elaborar um plano de abordagem individualizado, tendo em mente o foco a ser trabalhado, ou seja, o termo sobre o qual está baseado todo o tratamento.

A modalidade de Psicoterapia Breve Operacionalizada foi desenvolvida por Simon (2005), com base no conceito de adaptação, pelo qual podem ser avaliados todos os dados psíquicos existentes nos tempos, passado, presente e prognóstico provável futuro do indivíduo. O diagnóstico baseia-se na Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada EDAO.

Para efeito do diagnóstico adaptativo, Simon (2005) considera a adaptação composta por quatro setores: Afetivo-relacional (A-R) – refere-se ao conjunto dos sentimentos do paciente em relação a si mesmo e às relações com outras pessoas; Produtividade (Pr) – compreende o conjunto de sentimentos, atitudes e ações do paciente em relação às atividades produtivas, como trabalho, estudo, e outros; Sócio-cultural (S-C) – abrange o conjunto dos sentimentos, atitudes e ações advindos da organização social e da cultura a qual o paciente está inserido e o Orgânico (Or) que compreende o estado anatômico bem como fisiológico do paciente e seus sentimentos, atitudes e ações em relação ao próprio corpo.

Algumas mudanças fisiológicas importantes começam a aparecer a partir da meia-idade, como por exemplo, o declínio da capacidade reprodutiva, a presbiopia, a perda gradual de audição, a diminuição da sensibilidade ao gosto e ao cheiro, à força e a coordenação, entre outros. Além dessas mudanças, começam a aparecer questões relacionadas à aposentadoria, ao “esvaziamento do ninho”, o medo das doenças e da morte, a perda dos papéis sociais e o sentimento de perda de identidade etc.

Todas estas transformações físicas, psíquicas e sociais, podem influenciar negativamente a vida das pessoas e é nesse sentido que a escuta psicológica se faz extremamente necessária como espaço de enfrentamento dos seus conflitos e na busca de sentido para as suas vidas.

Queixa

A paciente procurou o Instituto de Psicologia da USP por sentir-se triste. Já teve Síndrome de Pânico e três crises depressivas. Está em busca de sentir-se bem com ela mesma, de ter sua independência financeira, “trabalhar seu emocional” (sic) e procurar o equilíbrio na sua vida.

Método

A paciente está sendo atendida na clínica-escola do Instituto de Psicologia da USP, Projeto APOIAR/IDOSOS. Inicialmente, utilizou-se a entrevista aberta com o objetivo de se obter a queixa da paciente e, posteriormente, foi utilizada a entrevista semi-estruturada a fim de se aprofundar na compreensão da sua história de vida e se estabelecer o foco, ou situação problema. Foram realizadas quatro entrevistas.

Está sendo utilizada a técnica da Psicoterapia Breve, de orientação psicanalítica. O enquadre abrangeu doze sessões de atendimento psicoterapêutico individual, de cinqüenta minutos, com freqüência de uma vez por semana.

Dados da paciente

A paciente tem 56 anos, é divorciada e atua como Instrutora de Direção. Teve dois casamentos, ficou casada com o seu primeiro marido durante 18 anos e seu segundo casamento teve a duração de um ano.

Tem dois filhos, uma filha de 31 anos, separada, que atualmente mora com o pai, e um filho de 27 anos, solteiro que mora com ela, ambos do primeiro casamento.

Nasceu em Santa Catarina e veio para São Paulo ainda criança. Sua mãe sofria de depressão e um de seus irmãos suicidou-se devido a uma depressão. Teve uma educação muito severa, relata que tinha muito medo do seu pai. Ele era agressivo com sua mãe e as brigas entre eles era uma constante.

O motivo maior de sua tristeza é atribuído ao relacionamento conflituoso com a filha. Reconhece a necessidade de manter os filhos sob seu controle e a dificuldade de distanciar-se deles.

A paciente está fazendo um curso para tornar-se corretora de imóveis.

Dados relevantes de cada setor adaptativo

A partir das quatro entrevistas diagnósticas pode-se analisar as condições da paciente nos quatro setores assinalados por Simon:

O Setor Afetivo-Relacional é o mais afetado. Madalena carrega sentimentos de tristeza, arrependimentos, culpa em relação ao seu passado, principalmente por ter interrompido seus estudos. A paciente relata que seus filhos são pessoas maravilhosas, mas ela não se mostra satisfeita com a forma como eles a tratam. Chora todas as vezes que fala da filha, gostaria de ter mais atenção, consideração e de ser reconhecida por tudo o que fez por ela. Em relação ao filho, sua maior queixa é que ele lhe dá respostas ríspidas e isso a magoa muito, sentindo-se injustiçada.

A sua relação com os irmãos é boa e não tem muitas amigas.

Em relação ao Setor Produtivo, enfatiza a importância do trabalho e a independência financeira na sua vida.

Atualmente não está realizada no que faz, por isso está estudando para tornar-se Corretora de Imóveis. O curso está sendo de grande importância para ela, pois está se surpreendendo com as conquistas que vem conseguindo diante dos desafios a ela apresentados, embora ainda tenha dúvidas se vai se dar bem nesse tipo de trabalho. Diz que tudo que é novo a amedronta, que tem muita vontade de não depender financeiramente dos filhos, que isso a incomoda.

O Setor Orgânico: a paciente está tomando Fluoxetina (manipulada, 60) e Bromazepam, faz uso de medicamentos também para o colesterol e reposição de cálcio. Evita tomar os remédios, procurou um novo psiquiatra e está ciente que o tratamento psicoterápico somente terá continuidade se o tratamento psiquiátrico for respeitado e a medicação tomada de acordo com a prescrição médica.

Tem enxaquecas e enjôos, azia e má digestão que se agravam com o seu estado emocional r para tais sintomas faz uso do medicamento Omeprazol, quando necessário.

Teve Síndrome do Pânico e três crises depressivas, a última há quatro anos.

Tais dados, obtidos por meio das entrevistas diagnósticas, indicaram que o Setor Afetivo-Relacional é o setor mais comprometido e que o foco do processo psicoterápico breve seria nesse setor.

Desenvolvimento da Psicoterapia Breve

A procura pela terapia foi atribuída aos sentimentos de tristeza causados principalmente pela relação com a filha. Os comentários do ex-marido e dos filhos acerca do seu desequilíbrio e da necessidade de ajuda psiquiátrica e psicológica também influenciaram na sua decisão.

Seu estado é preocupante, como pôde ser confirmado pela análise das histórias relatadas no TAT. Foram observados sinais de angústia, impulsos auto-agressivos, depressão e ideias suicidas, embora pode-se notar condições de recuperação do ego.

Em relação ao início do tratamento, atualmente Madalena apresenta-se mais otimista quanto ao seu curso e também mais segura na relação com sua filha, tomando algumas iniciativas como, por exemplo, falar dos seus sentimentos para ela. Tem também conseguido ser menos invasiva e menos controladora em relação à vida da sua filha e tem estado mais atenta à sua própria vida.

Considerações Finais

Neste momento, já foram realizadas cinco sessões, restando sete para o encerramento do tratamento.

As entrevistas diagnósticas mostraram-se muito importantes para a compreensão da história de vida da paciente e para o levantamento de hipóteses diagnósticas, mas constatou-se que alguns aspectos psicológicos não estavam totalmente claros. Em função disto, optou-se pela aplicação de uma técnica projetiva, o Teste de Apercepção Temática, o TAT. Suas histórias revelaram a presença de sinais de angústia, impulsos auto-agressivos, depressão e ideias suicidas. Seu Teste de Realidade apresenta-se adequado, havendo indicadores de recursos egóicos suficientes para garantir um ajustamento razoável.

Em comparação ao início, a paciente encontra-se um pouco mais adequada em relação a si mesma, demonstra estar consciente da necessidade de cuidar mais da sua vida e não interferir tanto na vida dos filhos.

O tratamento psicoterápico breve continua a se desenvolver e visa fazer com que a paciente se valorize e busque a auto-realização e o desenvolvimento de relações empáticas. A necessidade de tratamento psiquiátrico foi considerada essencial para que a psicoterapia seja bem sucedida.

Referências

BLEGER, Jose. *Temas de psicologia: entrevista e grupos*. São Paulo: Martins Fontes, 1980.

FIORINI, Hector Juan. *Teoria e Técnica de psicoterapias*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1978.

KNOBEL , Maurício. *Psicoterapia Breve*. São Paulo: EPU, 1986

PAPALIA, Diane E. ; OLDS, Sally Wendkos . *Desenvolvimento humano*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.

SIMON ,Ryad. *Psicoterapia breve operacionalizada: teoria e técnica*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.

A DIFICULDADE DA VIVÊNCIA DO LUTO POR UMA CRIANÇA ABRIGADA: RELATO DE *CASO*

Rosemeire Aparecida da Silva[24]

Maria Aparecida Mazzante Colacique [25]

Leila Cury Tardivo

RESUMO

Nota-se desde tempos remotos, a preocupação com a compreensão da reação de perda, diante de crianças em fase de desenvolvimento. O luto pode significar que o objeto perdido foi magicamente introjetado, e pode está sujeito ao ódio.Este estudo refere-se a recortes de ilustração de um caso clinico tendo como tema principal o luto materno na infância e suas conseqüências, (especialmente, por ser uma criança abrigada). A complexidade desse fenômeno será visto sob a teoria da psicanálise. O caso analisado é de um paciente que estava em um abrigo com possibilidade de ir morar com os tios, quando houve a morte da tia. O atendimento psicoterapêutico está sendo realizado há dois meses, podendo-se perceber com nitidez o processo do luto, além de outras perdas as quais já havia sofrido na infância. Atualmente será apenas o tio que provavelmente o adotará. Seu sofrimento está a vivências repetidas de abandono, (mãe biológica por várias vezes o colocou para fora de casa) e recentemente a perda figura materna (tia que considerava mãe). Observou-se a importância da psicoterapia na tentativa de transformação deste conflito.

Palavras Chaves:Luto Infantil; Perda; Figura Materna; Abrigo, Winnicott

[24] Pesquisadora do Projeto Apoiar, na Área de Violência.

[25] Pesquisadora – Doutora do Projeto Apoiar, na Área de Violência.

INTRODUÇÃO

Este artigo é um estudo de caso clínico, tendo como tema principal o luto materno na infância e suas conseqüências. Sendo importante examinar a complexidade deste fenômeno para podermos entender a dinâmica do ser humano, sob a teoria da psicanálise contemporânea, ênfase em Winnicott.

O caso analisado é de um paciente que estava em um abrigo com possibilidade de ir morar com os tios (pais adotivos), quando houve a morte da tia. O atendimento psicoterapêutico está sendo realizado há dois meses, - no Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Social - Apoiar[26]-, podendo-se perceber com nitidez o processo do luto, além de outras perdas as quais já havia sofrido na infância. Atualmente será apenas o tio que provavelmente o adotará. Seu sofrimento está a vivências repetidas de abandono, (mãe biológica por várias vezes o colocou para fora de casa) e recentemente a perda figura materna (tia que considerava mãe).

Observou-se a importância da psicoterapia na tentativa de transformação deste conflito, sendo um dos objetivos proporcionar ao paciente um ambiente onde possa expressar seus sentimentos, como falar de suas perdas e elaborar o seu luto apropriadamente.

Freud em seu trabalho de Luto e Melancolia menciona:

> “O luto, de modo geral, é a reação à perda de um ente querido, à perda de alguma abstração que ocupou o lugar de um ente querido, como o país, a liberdade ou o ideal de alguém, e assim por diante. Em algumas pessoas, as mesmas influências produzem melancolia em vez de luto; por conseguinte, suspeitamos de que essas

[26]Localizado no Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

> pessoas possuem uma disposição patológica. (FREUD, 1917 – 1915).

O luto é um processo natural da vida, conforme foram vivenciados os estágios iniciais do desenvolvimento, irá se tornar normal ou patológico. A elaboração deste processo é dolorosa e difícil de realizar, sendo que, com o passar do tempo este sentimento tende a desaparecer. O luto pode se transformar em melancolia que consiste em estado de desanimo total, distanciamento das pessoas, perda da capacidade de amar, diminuição da auto-estima, e auto-recriminação. A auto-estima baixa normalmente esta no estado de melancolia, sendo que os outros sintomas podem também aparecer no luto.

Para (WINNICOTT, 2000), “quando a criança alcança a posição depressiva (termo utilizado por M.Klein), a reação a perda é a dor, ou tristeza. Mas se ocorreu alguma falha neste processo, a reação a perda é a depressão”.

O paciente quando chegou no primeiro atendimento de psicoterapia, demonstrou com tristeza e dor devido à perda recente da mãe adotiva. Ficou calado, às vezes chorava. A terapeuta procurou oferecer condições para que pudesse expressar suas vivências de abandono e luto. Sugeriu que pensasse nos momentos bons vividos com a mãe adotiva. Após um tempo o mesmo começou a dizer que sua mãe era uma pessoa que sorria muito e o fazia sorrir também, era alegre, conversava sobre vários assuntos, se preocupava com seu bem estar. Continuou dizendo que estava com medo de ficar sozinho, não sabia o que iria acontecer daquele momento em diante. A terapeuta procurou dar-lhe apoio mostrando que sua mãe provavelmente sorria porque ele estava ao seu lado e proporcionava momentos felizes a ela. Havia perdido a mãe adotiva, mas dentro de seu coração ela continuava viva, e isto ninguém iria conseguir tirar. Ressaltou também que não estava sozinho, seu pai adotivo (tio-avô como o chamou) havia ficado e estava precisando muito de sua companhia. A psicóloga procurou fortalecer o vinculo com o familiar que ficou, para que ambos pudessem juntos enfrentar este momento tão difícil.

Descrição Caso Clínico:

Pedro[27] está atualmente com 13 anos. Foi abrigado por negligencia e abandono materno aos 11 anos de idade.

Pai biológico é desconhecido. Mãe biológica teve três filhos. Seu irmão mais velho foi entregue por sua mãe para uma pessoa ignorada. Pedro também ia ser entregue à adoção, porém sua tia (irmã da mãe) resolveu ficar com sua guarda, quando ele tinha dois anos. O irmão caçula está com a mãe, foi nos dito pelo abrigo, a preferência da mãe por este filho em função de ser branco. (Pedro é de cor negra). Com cinco anos a mãe biológica retirou-o da mãe adotiva e ele permaneceu com a mesma até os oito anos.

Num certo dia sua mãe saiu e deixou-o com seu irmão mais novo. Os dois, brincando com fósforo, incendiaram tanto o barraco da família, como o barraco do vizinho. A mãe ficou muito zangada e colocou-o para fora de casa, ficando apenas com o outro filho menor (branco).

Após algum tempo mãe adotiva descobriu que estava com câncer, ficaou impossibilitada de cuidar dele e devido a isto ele foi para o abrigo, onde está há dois anos. O tio não se sentiu em condições de ajudá-lo, pois precisava cuidar de sua esposa.

Mãe adotiva faleceu há dois meses, no dia de seu aniversário de treze anos. Ele disse que foi visitá-la e esta comentou que queria pintar seu quarto de branco e lhe dar um vídeo-game de presente de aniversário, mas sentiu-se mal, foi para o hospital e morreu. Ele a descreve como carinhosa e dedicada. Gosta muito de seu tio também.

O Abrigo informou que ele é um bom menino, amoroso e inteligente, relaciona-se com tranqüilidade tanto com os amigos de onde mora quanto com os da escola, gosta de jogar futebol e empinar pipa, gosta de participar do Projeto Ideal localizado próximo ao abrigo que consiste em lazer, futebol e computação.

[27] Nome da criança foi modificado para mantê-la no anonimato.

Pedro está recebendo a aposentadoria da mãe adotiva, desde setembro de 2010, após processo junto ao INSS. Tio diz querer a guarda de Pedro. Mãe biológica também diz que quer a guarda do filho, pois soube que ele começou a receber aposentadoria de sua mãe adotiva que faleceu.

Pedro apresenta enurese, está em tratamento médico, mas problema ainda não foi sanado. Já veio para o abrigo com este sintoma. Seu outro irmão também tem o mesmo problema.

Com a morte de mãe adotiva ficou muito triste, sempre nos cantos, preocupado com quem iria ficar. Tranqüilizou-se quando o tio foi visitá-lo e lhe contou que iria pedir sua guarda.

Atendimento de Pedro

Pedro entrou na sala de atendimento olhando para todos os lados, perguntando se estaria ali pára ser avaliado sobre o recebimento da aposentadoria de sua mãe adotiva. Foi-lhe respondido que não, mas que seria para ajudá-lo no que fosse possível. Abaixou a cabeça e começou a contar sobre a morte da mãe adotiva, que no dia de seu aniversário foi visitá-la, mas já não estava bem. Contou que ela queria pintar o quarto de branco e lhe dar um vídeo game de presente, mas começou a passar mal e seu tio a levou para o hospital e não voltou mais.

Segundo Aberastury é muito importante que em situações de luto que o adulto proporcione a criança condições em que ela possa se expressar.

> “a incompreensão do adulto, sua falta de resposta provoca maior dor e causa problemas. A morte da mãe é um grande sofrimento; falar desta morte não é criar a dor, nem aumentá-la, ao contrário, a verdade

> alivia e ajuda a elaborar a perda.” (ABERASTUTY, 1984, p. 129)

Chorando ele falou que sua mãe morreu sem conseguir realizar o sonho de pintar o seu quarto, disse também que a mesma sorria muito e o fazia sorrir também, conversava muito com ele, e que estava com medo de ficar sozinho.

> “O amor à representação interna de objeto externo pode diminuir o ódio ao objeto amado introjetado provocado pela perda. Desta e de outras maneiras, o luto pode ser vivido e elaborado e a tristeza pode ser sentida enquanto tal”. (WINNICOTT, 2000, p.371)

Contou que sua mãe biológica não queria que nascesse então a mãe adotiva o pegou para criar.

Comentou que tio (pai substituto) é muito bom, e agora está fazendo de tudo para ficarem juntos. A dor do luto é um processo triste, doloroso e inevitável, sendo necessário que os familiares se unem para poderem juntos passar por este momento, dando continuidade em suas vidas.

> Winnicott postula e existência de um pai que é sempre um objeto total para o bebe. “... a terceira pessoa desempenha ou parece desempenhar para mim um importante papel. O pai pode ou não pode ser uma mãe substituta, porém, em algumas vezes, é percebido em um lugar diverso. É aqui que proponho que o bebê, provavelmente, faça uso do pai como um exemplo para sua própria integração, quando acabava de ter início sua unificação...” (ABRAM, 2000, p.23).

Terapeuta sugeriu que Pedro e seu pai adotivo pintassem o quarto realizando assim desejo de sua mãe. Ele ficou em silencio por uns instantes e

chorou. Em seguida pediu para que a terapeuta jogasse futebol de botão com ele, sentaram no chão e começaram a brincar, iam de um lado para o outro na sala de atendimento atrás da bolinha. Após este momento ele começou a sorri.

> "Para Winnicott a psicoterapia implica que duas pessoas brinquem em conjunto duas pessoas capazes de usar o espaço potencial. A psicoterapia se dá pela sobreposição das duas áreas do brincar, a do paciente e a do terapeuta. A psicoterapia diz respeito a duas pessoas que brincam juntas. Quando o brincar não se torna algo possível, o esforço do terapeuta volta-se para o resgate do paciente do estado de não ser capaz de brincar para um estado de ser capaz de brincar". (ABRAM, 2000, p.62)

Em outro atendimento relatou que foi ao cemitério, não queria mais sair de lá, não conseguia esquecer sua mãe adotiva, pensava nela todos os dias, sentia muito sua falta, seu irmão que o acompanhou disse que era para voltar ao abrigo que embora morassem em casa separados não estava sozinho e que jamais iria esquecer ele. Neste dia ele chorou.

Para Winnicott, 1994, existe uma fase na vida do individuo que ele não se separa de sua mãe, esta funciona como ego auxiliar, ou seja, ele fica em um estado de dependência absoluta, não sabendo separar o eu e o não eu.

Continuando o mesmo autor;

> '....a capacidade de deprimir, de apresentar uma depressão reativa, de sofrer um luto por perda não é inata, nem constitui uma doença; é alcançada como uma conquista do crescimento emocional saudável e existe um momento no desenvolvimento de cada bebê saudável em que é possível dizer que esta capacidade ainda não foi alcançada. O nome "posição depressiva no

> desenvolvimento emocional" foi dado a este estágio do desenvolvimento'. (WINNICOTT, 1990, p.106)

A terapeuta comentou que imaginava a dor que ele estava sentindo, e que era mesmo muito difícil perder pessoas que se ama, mas as lembranças de sua mãe estavam dentro dele, e nunca se esqueceria dos momentos bons que passaram juntos e o quanto ele havia a feito feliz. Novamente chorou. Pediu para jogar, a bolinha caia do outro lado da sala.

"Esse brincar tem que ser espontâneo, e não submisso ou aquiescente, se quisermos levar a cabo uma psicoterapia". (ABRAM, 2000)

Pedro demonstrou muito sofrimento devido à morte de sua mãe adotiva.

Pedro chegou a dizer que ele e a psicóloga estavam iguais, pois ambos estavam usando a calça da mesma cor, preta. Neste episodio percebe-se que o vinculo psicóloga e paciente havia se formado.

Na relação terapêutica trabalhou-se com lembranças de experiências positivas ao lado da mãe da adotiva, aos poucos a criança foi percebendo que a morte da genitora ocorreu em seu ambiente externo, porém não no seu mundo interno. Caminhando assim para o processo de reparação.

Conclusão

O paciente vivenciou vários processos de luto em sua vida. A dor e a tristeza são notórias, sendo preciso um enfrentamento da família para que juntos continuem suas vidas.

A experiência do luto é uma das mais assustadoras principalmente se tratando de uma criança que se encontra em situação de abrigo. O que a

diferencia do normal e do patológico é como será vivenciado este momento, pois a dor e tristeza são certas, mas a fixação do sofrimento é opcional, a tendência é com o tempo as mesmas irem amenizando.

Através do brincar relação terapêutica trabalhou-se vivencias repetida de abandono e desamparo, proporcionando um ambiente onde ele pudesse sentir as tristezas e desesperanças reais sem empurrá-la para um estado de falsa alegria e esquecimento.

Observou-se que aos poucos Pedro estava conseguindo expressar – se de forma mais tranqüila em várias situações demonstrou alegria e também começou a criar novas formas de brincar com sua terapeuta. Isto foi possível porque a mesma respeitou o momento de seu paciente inclusive o seu, quando resolveu não aplicar o teste de depressão na criança, onde percebeu que este o incomodaria e o deixou livre para expressar o que estava sentindo na hora de jogo. A terapeuta também estava passando por processo de luto.

Trabalhou-se o fortalecimento do vínculo com o tio (pai adotivo) na tentativa de reparar a perda da tia (mãe adotiva) para o familiar que ficou.

Pedro todos os finais de semana está indo para a casa do tio (pai adotivo), provavelmente este que o adotara.

Uma das questões a serem trabalhadas na psicoterapia e a continuidade do fortalecimento do vínculo com o tio (pai adotivo) e o enriquecimento interior, transformando a dor da perda em um movimento positivo.

REFERENCIAS:

ABERASTURY, A. A Percepção da Morte na Criança e Outros Escritos. Porto Alegre, Artes Médicas, 1984.

ABRAM, J. A Linguagem de Winnicott. Rio de Janeiro, Revinter, 2000.

FREUD, S. Luto e melancolia. In *Obras completas*. Rio de Janeiro, Imago,1917-19.

WINNICOTT, D. W. Da Pediatria à Psicanálise. Rio de Janeiro, Imago, 2000.

_____ Natureza Humana. Rio de Janeiro, Imago, 1990.

A TENDÊNCIA ANTI-SOCIAL COMO UM SINAL DE ESPERANÇA: EXPERIÊNCIAS CLÍNICAS A PARTIR DO PENSAMENTO WINNICOTTIANO

Isabel G. Lopes Schvartzaid [28]
Raquel Gagliotti Coppola[29]
Maria Aparecida M. Colacique [30]
Leila Cury . Tardivo

Resumo

O comportamento anti-social é um tema de extrema relevância e um desafio para os profissionais da saúde e da natureza humana. O indivíduo que apresenta este distúrbio provoca uma série de reações desconfortantes nos meios em que vive. O presente artigo relata a experiência de dois atendimentos clínicos, um de uma criança de oito anos e de sua mãe/tia, que apresentam tendências anti-sociais, manifestações que segundo Winnicott, revelam um sinal de esperança e uma tentativa de recuperar o ambiente confiável que foi vivenciado e perdido por uma falha ambiental. A Instituição a qual o menor freqüenta no período inverso da escola, encaminhou-o ao atendimento psicológico no Laboratório APOIAR-USP com queixas em relação a comportamentos agressivos. Em seguida houve a proposta do atendimento para a sua mãe /tia que se queixou de estar sem condições para continuar o seu atendimento em outro lugar. Durante os atendimentos realizados com a criança e com a tia/mãe pode-se perceber o grau de angústia advindo da vivência do objeto que foram retirados de ambos. Através do manejo de *holding* está sendo propiciada uma oportunidade de uma re-aproximação sadia para ambos, proporcionando um ambiente suficientemente bom para que possam retomar o crescimento pessoal.

Palavras Chave: Comportamento Anti-Social; Privação; Esperança

---

[28] Psicóloga participante do Projeto APOIAR

[29] Psicóloga participante do Projeto APOIAR

[30] Supervisora do Projeto APOIAR

Comportamento Anti-social

O comportamento anti-social é um tema de extrema relevância e um desafio para os profissionais da saúde e da natureza humana.. O indivíduo que apresenta este distúrbio provoca uma série de reações desconfortantes nos meios em que vive, seja na família, escola, nos ambientes sociais. Neste contexto, torna-se importante o estudo do tema, a fim de promover o esclarecimento e ajuda às pessoas que com ele convivem, de forma a compreender este indivíduo como um ser em estado de intenso sofrimento psíquico. Esta tendência provoca uma série de reações sociais que torna difícil para o investigador chegar ao seu núcleo.

A manifestação dos sintomas inclui: o roubo, a mentira, a enurese noturna, chupar o dedo compulsivamente, atividade masturbatória crônica e o fazer bagunça de forma destrutiva. No entanto, é necessário o entendimento de que tais comportamentos possuam um sentido, ou seja, eclodiram a partir de uma situação na qual esta criança não pôde suportar. Isto refere-se a um momento na vida em que houve uma privação, que de acordo com Winnicott, é a perda de algo que era bom nas experiências de vida da criança mas que de repente, começaram a não ir tão bem assim. Ocorre alguma modificação numa idade onde a criança é capaz de entender o que está ocorrendo e que altera a vida inteira da criança. Nesta perspectiva, a privação refere-se à retirada que se estende por um período de tempo maior do que aquele durante o qual a criança consegue manter viva a recordação da experiência. .(WINNICOTT, 1986, p.72).

A criança submetida a tal privação, inicialmente sofre uma ansiedade impensável, e então reorganiza-se gradualmente, até atingir um estado razoavelmente neutro: fica concordando com tudo. Este estado perdura por um tempo, no entanto por uma razão ou por outra , começa a emergir a esperança, o que significa que a mesma, sem ter consciência, começa a sentir um impulso de voltar para antes do momento em que houve a privação. Winnicott (1986) descreve este período como a tentativa de:

> desfazer o medo da ansiedade impensável ou da confusão que existiam antes que se organizasse o estado neutro. Toda vez que as condições fornecem um certo grau de novas esperanças, então a tendência anti-social transforma-se numa característica clínica: a criança torna-se difícil. (WINNICOTT, 1986, p. 73)

É importante salientar que os impulsos destrutivos e construtivos estão presentes na vida da criança. Quando o ambiente é favorável, ou seja, continente, a mesma apresenta um movimento de compensação saudável. Isto permite entrar em contato com seus impulsos destrutivos. Com isso descobre que é seguro ter sentimentos agressivos e ser agressivo, por conta de um quadro de referências familiares que dão suporte a isso. Por exemplo, quando a mesma pertence à uma família na qual existe uma relação de confiança entre os pais, ou que a família tenha suporte da comunidade local, numa situação de perigo , cria um clima de confiabilidade e segurança. Esta referência possibilita à criança explorar as atividades destrutivas em geral e especificamente à destruição relacionada à sua fantasia que se acumula em torno do ódio. No entanto, quando o ambiente não propicia uma estrutura emocional positiva, este indivíduo não consegue fazer este movimento de compensação dos impulsos destrutivos e construtivos. Com isso, não há uma integração destes impulsos, não permitindo um desenvolvimento emocional saudável. Este quadro favorece a atuação de impulsos destrutivos, os quais denominam-se atos anti-sociais.

A tendência anti-social segundo o pensamento Winnicottiano, configura-se num movimento de esperança, a criança que rouba um objeto não está buscando o objeto roubado, mas sim procurando a mãe ideal do período inicial da sua vida, sobre a qual ela tem direitos. (WINNICOTT, 1956, p. 505)

Esta mãe que a atendia de uma forma peculiar e agradável foi retirada abruptamente de sua vida. A situação emocional estável e confiável foi interrompida de repente, não preparando psicologicamente esta criança. Diante disso, a mesma não possui uma maturidade emocional para lidar com a situação. Passado um tempo, após a ansiedade, ela começa a sentir esperança e a utilizar do meio para recuperar o que lhe foi retirado. Com isso,

sente que o ato de roubar lhe traz a esperança de ter novamente a situação de antes.

Já a criança que possui o comportamento destrutivo busca a quantidade de estabilidade ambiental que poderá suportar a tensão resultante de um comportamento impulsivo. De acordo com Winnicott (1956):

> trata-se da busca de uma provisão ambiental que foi perdida, uma atitude humana que, porque se pode contar com ela, dá ao indivíduo a liberdade de se mover, agir e ficar excitado. (WINNICOTT, 1956, p. 505)

Diante do exposto, a compreensão de que o ato anti-social é uma expressão de esperança é vital para o tratamento de crianças que apresentem esta tendência. Observa-se que este movimento de esperança é por diversas vezes desperdiçado devido a falta de esclarecimento de quem a acompanha, refletindo num mau manejo e intolerância da primeira. Muitas vezes essas pessoas utilizam da moral e do julgamento como a tentativa de curar a criança. No entanto esta estratégia fracassa. O tratamento dependerá da disponibilidade afetiva do terapeuta, com isso seu manejo implicará em ir de encontro ao momento de esperança da criança e corresponder a ele. Isso exige sair por alguns momentos de sua posição profissional, expressando um movimento de contenção, cuidado e compreensão para aquela criança que pede por socorro e desesperadamente tenta reviver o momento pelo qual seu objeto de amor lhe foi retirado abruptamente. Neste contexto, o profissional necessita quebrar seu protocolo e utilizar de sua sensibilidade e humanidade para ir de encontro á vivência traumatizante, dando contenção a este. O ambiente terapêutico terá de propiciar um movimento de reparação para esta criança, viabilizando a criatividade, o processo de construção, o qual o ambiente familiar não lhe possibilitou.

A seguir, serão relatados os dois casos:

Marcelo

Marcelo, 8 anos de idade, apresenta agressividade, dificuldades de aprendizagem, participa pouco das atividades propostas tanto na escola como na instituição que freqüenta no horário inverso das aulas e grande ansiedade por comida. Chuta, morde, fala palavrões tanto para os colegas, como para os professores, diretores e cuidadores, frequentemente está suspenso desses ambientes.

Reside com a mãe (tia com a guarda definitiva), dois irmãos e uma avó materna. A mãe biológica teve em torno de 11 filhos, seis deles estão em um orfanato, Marcelo não os conhece.

Durante sua gestação, a mãe fez uso de bebida e de vários tipos de drogas. Seu pai é usuário de drogas, já foi preso por cometer delitos e atualmente ambos encontram-se em situação de rua.

A criança está sob os cuidados da tia(mãe) desde os 6 meses de idade, a qual já havia adotado seu irmão mais velho (apenas por parte de mãe) e que pouco mais de um ano adotou também a sua irmã mais nova.

Marcelo apresenta problemas de saúde desde que nasceu. Sua pele tinha muitas manchas vermelhas e bolhas, ele tem crises asmáticas sérias, já sofreu duas paradas cardíacas e crise hipertensiva provenientes dessas crises asmáticas. Faz uso constante de corticóide além do broncodilatador por nebulização . Já realizou exames neurológicos por exigência da escola, e nenhuma anomalia foi diagnosticada, a psicóloga da escola solicitou uma avaliação psiquiátrica que ainda não foi marcada.

Sua mãe(tia) assume uma preferência pelo filho mais velho e está trabalhando no sentido de mudar essa situação, disse que o considera mesmo o seu filho, que ao vê-lo pela primeira vez gostou muito dele, mas que o Marcelo e sua irmã são considerados por ela os seus sobrinhos. O primeiro que ela adotou foi por opção mas adotou Marcelo e sua irmã por uma real necessidade de cuidados, já que a mãe biológica não tinha condições de cuidar das crianças. Ela vê uma semelhança muito grande de Marcelo com o seu irmão (pai dele), o qual já tentou abusar dela quando adolescentes.

O padrinho de Marcelo morava com eles e deixou a casa para casar-se, sua mãe(tia) disse que ele sentiu muito a saída dele de casa. Um tempo depois sua avó iniciou um trabalho no qual ficava muito tempo ausente o que causou em Marcelo muita tristeza e mudanças de comportamento, o que mostra uma grande afetividade pela avó, tanto que seus comportamentos agressivos começaram quando a avó adoeceu, e também sua mudança de comportamento em relação à alimentação.

O processo psicoterápico do paciente encontra-se no psicodiagnóstico onde já pode ser percebido: muita agressividade, abandono, ambigüidade entre o bem e o mal, onde o mal está vencendo; aspectos relacionados à alimentação, a hipótese de que a comida pode ser a sua única fonte de prazer , como também a necessidade de carinho da mãe. Surgiram também sinais que lhe falta impulso para a vida, o que pode ser confirmado com a facilidade que ele tem para dormir quando a mãe está com ele e pede para que ele fique quieto.

Marcelo encontra-se em grande sofrimento por várias dificuldades que vem enfrentando. Ele teve conhecimento da história de seus pais biológicos, pelos cuidadores da escola os quais repetidamente agem de forma inadequada aos seus comportamentos, considerando-o desajustado. Ele lida diariamente com a preferência da mãe pelo seu irmão mais velho e mais o adoecimento da avó, o que lhe causou uma privação no ambiente de acordo com Winnicott, ele demonstra nos seus atos anti-sociais uma esperança em ter de volta as boas experiências que tinha com a avó e a estabilidade ambiental que necessita.

Ana

Ana, 33 anos de idade, apresenta a queixa de depressão e síndrome do pânico.

Ana é filha mais nova de uma família de 04 irmãos. Os 03 primeiros foram criados com a avó materna e não são irmãos paternos de Ana. Somente ela fôra criada com a mãe. Seu pai biológico não a assumiu, sendo o padrasto quem a registrou. Até os 08 anos de idade vivia somente ela e a mãe. No entanto com o falecimento da avó materna, foi morar com a mãe na casa da

mesma . Segunda ela, esta mudança foi uma grande reviravolta em sua vida, uma vez que na casa da falecida avó morava muita gente: irmãos, primos, tios. Até então residia num ambiente tranquilo, somente ela e a mãe. Quando chegou nesta casa a situação era muito diferente do que estava acostumada. Foi neste período que seu irmão materno, 07 anos mais velho, Roberto a molestou sexualmente. O tempo passou e aos 13 anos novamente este irmão molestou-a novamente. Ainda assim dois tios que também residiam na mesma casa também a molestaram, de forma verbal, convidando-a para assistir filmes pornográficos.

Ana relatou que diante dessas situações constrangedoras sempre se defendeu, afastando-se dos mesmos. Já na adolescência começou a trabalhar no bar de um outro tio, o qual era uma referência paterna para a mesma. Mencionou a mãe como uma mulher muito trabalhadora, a qual sustentava a família. Ainda comentou que sempre trabalhou muito, sendo o braço direito da mãe, ajudando-a no sustento dos outros irmãos.

Quanto aos relacionamentos amorosos, cita um namorado, com o qual chegou a ficar noiva, mas decidiu terminar a relação, pois não gostava mais dele. O mesmo após o término do noivado foi estudar num seminário.

Aos 23 anos pegou um menino recém nascido para cuidar, pois a genitora do mesmo não tinha condições financeiras, nem psicológicas para criá-lo, pois era usuária de drogas. Passado alguns meses, esta mãe veio a envolver-se com seu irmão Roberto, aquele que abusou dela na sua infância e adolescência. Desta união teve mais dois filhos. No entanto este casal não tinha condições de criar os filhos, devido à dependência química de ambos. Diante da situação, Ana e sua mãe acabaram adotando também os 2 filhos. O tempo transcorria, Ana e a mãe trabalhando e criando as 3 crianças. No último ano descobriu-se que a mãe de Ana estava com câncer. A partir daí toda a rotina da família mudou, uma vez que sua mãe ficou muito debilitada, pesando atualmente 35 quilos, permanecendo apenas deitada. Com isso, Ana teve de parar com o trabalho para cuidar das crianças e da mãe. A mesma queixa-se constantemente de uma vida sobrecarregada, na qual tem que cuidar de todos em casa, inclusive da mãe enferma. Os outros irmãos não a ajudam.

Demonstra ser centralizadora em seus serviços domésticos, tendo dificuldades em delegar suas funções para outros.

Houve um episódio, no qual Ana deixou os 3 sobrinhos com o irmão Roberto, para ficar com sua mãe por uma semana no hospital. Ao chegar em casa, ficou sabendo que Roberto levou os filhos com ele numa favela próxima para buscar drogas e acabou se perdendo das crianças. As mesmas conseguiram descobrir o caminho e voltaram sozinhas para a casa. Ao saber do ocorrido Ana ficou furiosa e depois disso não conversa mais com este irmão. Cabe ressaltar que o mesmo não mora na mesma casa que Ana e os filhos.

Nesta perspectiva, Ana conseguiu a guarda definitiva das 3 crianças. O filho do meio, Marcelo está apresentando um quadro de tendência anti-social o que já foi exposto.

Ana iniciou o tratamento psicológico há um mês, tendo realizado até agora 4 sessões de psicoterapia. Observou-se que a mesma apresentou-se ansiosa durante as sessões, revelando uma necessidade intensa de falar, sem pausas. Denotou uma necessidade de descarregar, pois como ela mesma fala, precisa se aliviar. Em seus relatos é frequente a queixa de estar cansada e sobrecarregada. Não demonstrou ainda um movimento de reflexão, ou seja, de entrar em contato com seus sentimentos e necessidades. Sua fala é sempre referindo-se ao outro, principalmente quando comenta do filho adotivo Marcelo, de seu comportamento de agressividade e o quanto isto a incomoda. Quando fala de si, é sempre referente às suas funções, suas atividades e não quanto ao que sente e pensa. Neste contexto, observa-se a dificuldade que Ana tem de entrar em contato consigo, com seus sentimentos e pensamentos. A mesma existe em função do outro e dos cuidados com este. Diante do quadro que se apresenta em seu filho adotivo Marcelo, a tendência anti-social, Ana relatou sobre os atos destrutivos do mesmo.

Ao analisar este quadro, observa-se em Ana uma necessidade constante de estar trabalhando, ou seja, uma compulsão de reparação. Num movimento de compensação, observa-se que a mesma não entra em contato com seus impulsos destrutivos. Estes são presentes em pensamentos e acabam sendo

atuados pelo filho adotivo Marcelo, através de seu comportamento anti-social. Em uma das sessões, Ana fala:" *o Marcelo é muito parecido comigo"*. É importante ressaltar que Ana revela uma rejeição a Marcelo, identificando no mesmo apenas aspectos negativos.

A partir disso, observa-se a projeção que Ana faz de seus impulsos destrutivos na relação com Marcelo. Ela precisa encontrar fora dela o que desaprova em si mesma. Ana ainda não integra seus impulsos destrutivos, os quais permanecem inconscientes , que por vezes saem fora do padrão habitual como no episódio em que deixou o irmão Roberto tomando conta das crianças. Neste contexto, Ana sabia que seu irmão não tinha condições psíquicas de cuidar das crianças, uma vez que apresenta a dependência química, bem como havia já a molestado quando criança.

Diante do quadro, a falta de uma conexão com o mundo interno, dos aspectos inconscientes, sejam eles seus impulsos destrutivos e construtivos vem refletindo nos sintomas de crises de pânico, motivo o qual lhe motivou a procurar por psicoterapia.

Conclusão

Este estudo possibilitou trazer uma maior compreensão do comportamento anti-social. A criança com atos anti-sociais normalmente provoca nas pessoas que estão ao seu redor a intolerância, incômodo, irritação, raiva e impotência. Diante disso, os aspectos subjetivos ficam limitados, perdendo-se os momentos de esperança que esta criança está buscando.

No entanto, ao estudar o tema, compreende-se o universo desta criança que busca desesperadamente a vivência do objeto que lhe foi tomado abruptamente e a possibilidade de propiciar este resgate. A defesa anti-social é o recurso encontrado para enfrentar a vida sem o objeto de amor, o indivíduo encontra no ambiente a esperança, a fantasia de trazer de volta o que lhe pertence.

Partindo deste entendimento, é tarefa do terapeuta embarcar nesta realidade subjetiva da criança o que irá exigir do profissional : conhecimento, tolerância, dedicação e a sua esperança.

Durante os atendimentos realizados com a criança e com a tia/mãe, aqui relatados, pode-se perceber o grau de angústia advindo da vivência do objeto que foram retirados de ambos. Através do manejo de *holding* está sendo propiciada uma oportunidade de uma re-aproximação sadia para ambos, proporcionando um ambiente suficientemente bom para que possam retomar o crescimento pessoal.

Referências

Abram, Jan. **A linguagem de Winnicott: dicionário das palavras e expressões utilizadas por Donald W. Winnicott**. São Paulo: Revinter, 2000

Winnicott,D.W. **Textos Selecionados: Da Pediatria a Psicanálise.** Trad. Jane Russo. Rio de Janeiro, Francisco Alves, 1993.

Winnicott, D.W. **Tudo Começa em Casa.** Trad. Paulo Sandler. São Paulo, Martins Fontes, 1989.

ESTUDO DE CASO: O PROCEDIMENTO DE DESENHOS-ESTÓRIAS E AS VIVÊNCIAS EMOCIONAIS DE UM HOMEM SEPARADO DE SUA MÃE NA INFÂNCIA.

Maria Izilda Soares Martão[31]

Leila Cury Tardivo[32]

RESUMO:

Este trabalho descreveu as vivências emocionais de um homem de 37 anos, que foi separado de sua mãe aos 6 anos de idade. Realizamos um diagnóstico compreensivo (Trinca, 1983) utilizando as técnicas de Entrevista Clínica e o Procedimento de Desenhos-Estórias (Trinca, 1976), considerando-os os mais apropriados ao estudo de caso e ao Diagnóstico tipo compreensivo, por não se submeterem a critérios pré-determinados de avaliação e assim permitirem a 'avaliação globalística' por livre inspeção do material (Tardivo, 1997). Foram feitas breves considerações sobre o Diagnóstico Compreensivo, o Procedimento de Desenhos-Estórias e referenciais teóricos sobre separação entre mães e filhos. Os resultados apontam que o Procedimento de Desenhos-Estórias retratou as dificuldades advindas da experiência de separação materna e também possibilitou a Eduardo, tomar consciência do foco de suas dificuldades emocionais, culminando em um Processo Diagnóstico Compreensivo Interventivo.

[31] Psicóloga clínica, doutora em psicologia clínica pelo IPUSP, colaboradora do APOIAR e membro da Comissão de Ética do CRP-SP.

[32] Profa. livre docente do IPUSP, coordenadora do APOIAR.

INTRODUÇÃO

O objetivo deste estudo consiste em descrever as vivências emocionais de um homem de 37 anos, que chamaremos de Eduardo, e que foi separado de sua mãe aos 6 anos de idade. Realizamos um diagnóstico compreensivo (Trinca, 1983) utilizando as técnicas de Entrevista Clínica e o Procedimento de Desenhos-Estórias (Trinca, 1976), considerando-os os mais apropriados a essa modalidade de diangóstico por não se submeterem a critérios pré-determinados de avaliação e assim permitirem a 'avaliação globalística' por livre inspeção do material (Tardivo, 1997). Faremos breves considerações sobre o Diagnóstico Compreensivo, o Procedimento de Desenhos-Estórias e referenciais teóricos sobre a separação entre mães e filhos.

DIAGNÓSTICO COMPREENSIVO

O diagnóstico de tipo compreensivo é conduzido pelo pensamento clínico, pelo uso do 'julgamento clínico' e embasado pela psicanálise (Trinca, 1984). Tem como meta explorar e estudar a dinâmica do indivíduo, de forma ampla, contemplando os aspectos intrapsíquicos, intrafamiliares e socioculturais possibilitando uma "visão totalizadora do indivíduo humano" (p.15), e permite igualmente que aspectos específicos sejam identificados (Trinca, 1984). Os critérios que estruturam o diagnóstico compreensivo foram descritos em outros estudos (Leôncio, 2002; Martão, 2002 e 2009, Tardivo, 2008;Trinca, 1984).

Tardivo (2004, 2010) refere que a riqueza do Diagnóstico de tipo Compreensivo se apóia no fato de ele se submeter às leis das ciências humanas pondo foco na relação paciente-terapeuta. Citaremos alguns autores que compartilham das ideias de Tardivo (Avoglia, 2006; Careta e Motta, 2005, 2007; Gil, 2008; Leôncio, 2002; Martão, 2002, 2004, 2008; 2009; Trinca, 1984; Trinca, A. M. 2003) dentre outros. A maioria desses estudos ocorreu no IPUSP, no Laboratório Apoiar.

PROCEDIMENTO DE DESENHOS-ESTÓRIAS

O Procedimento de Desenhos-Estórias consiste em uma técnica projetiva que vem sendo muito utilizada no Diagnóstico de tipo Compreensivo,

em processos de psicoterapia, como técnica de intervenção em psicoterapia breve e em consultas terapêuticas, e em diagnósticos interventivos (Tardivo, 2004, 2010), em diversos contextos da psicologia (Tardivo, 2010). A autora salienta a necessidade de se dispor de meios que sejam eficientes tanto para promover intervenções durante o processo de avaliação quanto para propiciar 'experiências mutativas' e alivar o sofrimento do paciente, sendo comprovado por inúmeros estudos que o Procedimento de Desenhos-Estórias e seus derivados cumprem essa finalidade quando inseridos no Diagnóstico de tipo Compreensivo e Interventivo (Tardivo, 2004, 2010; Tardivo e Gil, 2008). Há de se ressaltar a importância do Procedimento de Desenhos-Estórias como uma técnica que viabiliza pesquisas e atendimentos psicológicos, sem onerar o pesquisador ou a instituição sendo de grande valia para a psicologia e para a sociedade (Leoncio, 2002; Martão, 2002, 2009).

SEPARAÇÃO ENTRE MÃE E FILHO

Buscamos referências psicanalíticas das possíveis conseqüências da separação entre mãe e filho em Alvarez, Cancrini e Winnicott. Compartilhamos da ideia de que "o manejo do mundo externo depende do manejo do mundo interno" (Winnicott, 1993, p.359) e que as experiências vividas na infância produzem impactos que nem sempre condizem com o fato real, mas podem provocar sofrimento ou dificuldades no manejo das emoções e na forma do indivíduo conduzir a sua vida (Cancrini, 2006).

Temos observado em nossa prática clínica que muitos pacientes trazem concomitante ao sofrimento atual, relatos de vida, permeados por falhas ambientais e prejuízos ao desenvolvimento emocional. A separação entre mãe e filho pode trazer prejuízos ao sentido de "existir" e de adaptação à realidade (Winnicott, 1990). Vale lembrar que se houver outra pessoa que assuma a função materna proporcionando a criança um 'ambiente suficientemente bom', os efeitos da separação podem ser de menor monta (Winnicott, 1950). Entretanto, as crianças, que se sentem privadas ou carentes de cuidados emocionais ou reais, podem expressar desvalia de si própria e para com o objeto (Alvarez, 1994; Leôncio 2002).

Apresentaremos um recorte de um estudo de caso, focalizando o sofrimento e as supostas consequências decorrentes do afastamento entre Eduardo e sua mãe. Relataremos como o Procedimento de Desenhos-Estórias favoreceu o contato do paciente com o foco de suas dificuldades.

DESCRIÇÃO DO CASO

Eduardo tem 37 anos de idade, é artista plástico, cursou o primeiro ano do ensino médio. Casado há 10 anos e tem 2 filhos. Eduardo cresceu no interior de um Estado da região norte. Ele tem 2 irmãos e 1 irmã por parte de pai, 1 irmão por parte de mãe e 9 irmãos (5 irmãos e 4 irmãs) da união dos pais. Assim, Eduardo é o quinto filho da união dos pais e o nono, considerando-se toda a prole.

Eduardo foi criado pelos irmãos mais velhos até a idade de 6 anos porque sua mãe trabalhava para ajudar no sustento da casa. O relacionamento entre seus pais era conflituoso: o pai voltava a casa embriagado, na madrugada. A mãe brigava com o marido. Eduardo referiu-se ao pai como ausente física e afetivamente, e a sua mãe como uma pessoa estressada e irritada com o marido, e que descontava nos filhos, agredindo-os fisicamente sempre que fosse desobedecida.

Os pais de Eduardo se separaram, ele contava 6 anos de idade. Durante o acordo de separação, a guarda dos filhos foi dividida de modo que, o filho por parte de mãe, o filho mais velho do casal e as 4 filhas permaneceram com a mãe dele. Eduardo e os demais irmãos homens foram morar com o pai e com os avós paternos, em outro Estado.

No primeiro ano após a separação dos pais, Eduardo, todas as noites, chorava de tristeza e saudades de sua mãe. Foram tempos difíceis para ele, embora reconhece que na casa dos avós paternos, havia mais conforto, mais atenção, carinho e cuidados. Eduardo recebia notícias de sua mãe através de cartas lidas pelos irmãos mais velhos e pelos seus avós.

No ano seguinte Eduardo acostumou-se, acompanhava o pai à oficina de trabalho e confeccionava seus próprios brinquedos. Aos 8 anos ele buscou na religião suprir a ‘falta que sentia’.

Aos 12 anos de idade, Eduardo não tinha coragem de iniciar relacionamentos. Na adolescência sentia-se inseguro. Teve poucas namoradas, não se envolvia afetivamente com elas, ele não queria correr o risco de ser rejeitado.

O pai de Eduardo faleceu aos 54 anos, de cirrose hepática. Ele, com 18 anos, cuidou do pai durante um ano presenciando sua morte. Pouco antes do falecimento do pai ele, reconheceu que havia ligação afetiva entre eles. Eduardo sofreu muito e sentiu-se transtornado com a morte do pai.

Aos 19 anos, Eduardo foi morar com a mãe durante seis meses. Ele foi 're-conhecê-la' e 're-conhecer' seus irmãos. Apesar de ter sido bem recebido e tratado com carinho por ela, Eduardo se sentia na presença de uma estranha que o tratou bem. Ele sentia que sua vida carecia de sentido e pensava que deveria ir em busca de 'algo', que pudesse suprir seus 'sentimentos de falta'.

Aos 20 anos, Eduardo veio morar com 3 irmãos em São Paulo. Eduardo administrou um pequeno comércio dos irmãos durante 3 anos, principal fonte de renda da família. Neste período ele e os irmãos trouxeram a mãe e os demais irmãos para morarem juntos. Aos 23 anos, Eduardo resolveu morar sozinho. Ele queria ter liberdade e desligar-se de sua família de origem. Continuou insatisfeito e aos 25 anos foi para a Amazônia, permanecendo lá por 6 meses. Ele imaginava encontrar 'algo' em algum lugar, que seria a 'resolução de sua vida'. Ele não encontrou o que buscava e sua vida prosseguiu carecendo de sentido.

Eduardo conheceu sua esposa, aos 26 anos. De início ele não pensava em se casar com ela ou com outras mulheres. Posteriormente, pensava que o casamento lhe traria sossego e aquietaria o sentimento de vazio. Ele não estava apaixonado. Era um relacionamento moderado e respeitoso. Eduardo pensava que havia decidido casar-se, mas, descobriu que 'há comandos dentro do indivíduo que estão fora de seu controle'.

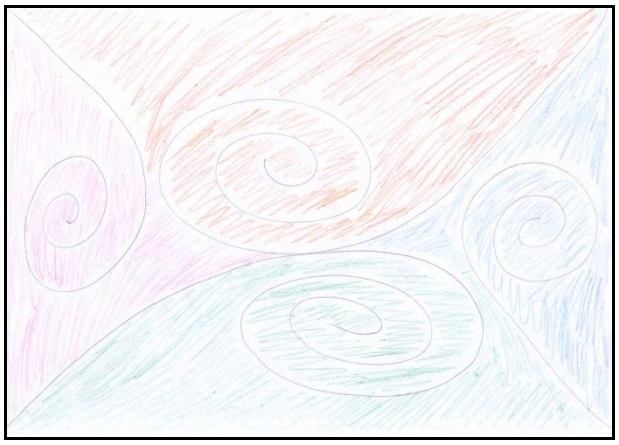
Após o casamento, ocorreram divergências entre o casal, porque Eduardo não se preocupava com os compromissos financeiros. O foco da vida dele, desde a infância, era o sentimento de vazio e não as 'contas a pagar'.

Eduardo não queria ser pai. As gravidezes não foram planejadas. Ele pensava na grande responsabilidade da paternidade e queria ficar livre dessa condição, entretanto, não se preocupou em evitar as gravidezes.

Após o nascimento das crianças, o relacionamento ficou mais conflituoso, porque ele não supria as necessidades da família e havia cobranças por parte da esposa.

Referiu ter algumas dificuldades de contato com as pessoas, preferência pelo isolamento apesar de trabalhar e lidar com pessoas. Ele foi comunicativo, narrou os fatos de sua vida detalhadamente. No decorrer do trabalho, Eduardo teve dificuldades em comparecer aos encontros agendados: ora esquecendo-se dos mesmos e, outras vezes atrasando-se consideravelmente. Foram agendadas nove entrevistas, porém, Eduardo compareceu a quatro.

PROCEDIMENTO DE DESENHOS-ESTÓRIAS



(D-E no.1)

D-E no. 1 - Comentários: vou preencher o vazio (**colorindo o desenho). Estória:** Fiz esse desenho sem saber que iria contar uma estória sobre ele, agora sabendo disto, fica mais complicado. Fiz formas indefinidas, porque talvez quisesse demonstrar alguma espécie, algo de minha criatividade. ... Demonstrar talvez que as formas não definidas ... expressam algo. E ... deixe-me ver, como nada que a gente faz é à toa, por acaso, eu quis usar as espirais, talvez, para simbolizar quatro aspectos da natureza, ... quatro como base de algo, etc. A espiral é um símbolo de uma ascensão (subida ou descida) dependendo do sentido. Não pretendia fazer duas maiores e duas menores, é

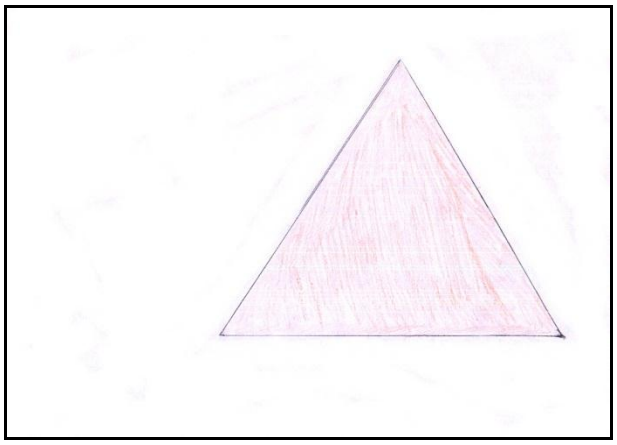
que faltou espaço para as outras duas. Escolha das cores? ....escolhi as cores que me chamam mais a atenção, cores vivas: verde, laranja, vermelho e azul. Título: Um convite à reflexão.



(D-E no.2)

D-E n°2 – Comentários: Outro???? Sou meio ruim de desenho. Quando eu desenhava fazia dois ou três riscos para acertar o desenho. Solzinho malfeitinho. Pintar, né? (**Faça como preferir). Estória:** Essa é a estória do astro rei. Astro rei chamado Sol. Veio a ideia de desenhar e pintar um sol, porque aqui ele não só é a representação do astro maior, mas é através dele que todas as criaturas se alimentam e se mantém. É um símbolo também que foi usado por diversos povos do mundo inteiro para demonstrar de forma simbólica um ponto a ser atingido pelo astro homem. **Inquérito: (Como você está se sentindo?)** Pra ser sincero, fiquei surpreso, não fiquei muito à vontade. (**Eduardo, antes, me pareceu que você estava bem à vontade, o que aconteceu?)** Fiquei um pouco .... surpreso e na incerteza do que iria ser todo esse trabalho ... mas fiz o que veio na cabeça. Eu sou o astro menor e ele o astro maior. Ele trabalha em prol de todos, sem descanso com uma finalidade que eu não faço ideia. **Título:** Astro rei.

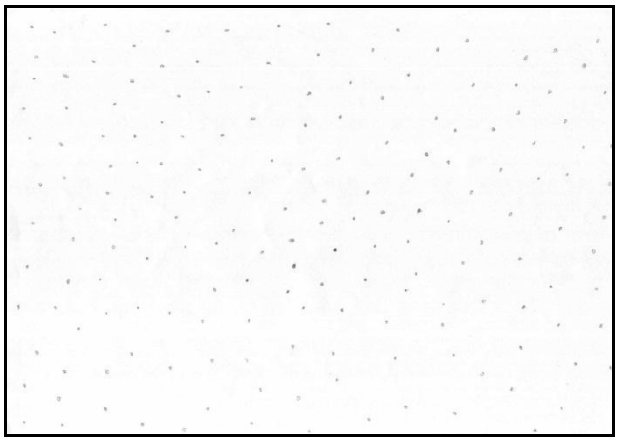
D-E n°3 – Comentários: Vou fazer um mais facilzinho. (**Usa o lápis como régua).** Não sei se eu pinto. ... (**Reforça o contorno).** Não sei que cor eu uso. **Estória:** Essa forma sempre me chamou atenção. Por quê? A forma em si mexe com a imaginação e com os sentidos. Está associada a vários símbolos: às

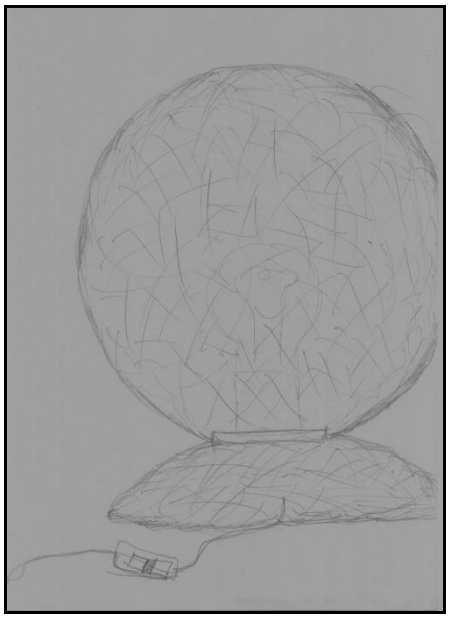


(D-E no.3)

pirâmides, na matemática é um triângulo equilátero. Ela (forma) chama sua atenção,pode ser uma montanha bem longe e seu cume. **E a estória?** Era uma vez três linhas, e essas três linhas buscavam um sentido para sua existência e, como por encanto, essas três linhas se encontravam. E de início, como eram individuais, relutaram em se unir para realizar algo em conjunto que as satisfizessem plenamente, mas, finalmente resolvem se unir e formam um majestoso triângulo equilátero. **Inquérito: (Me fale sobre essa necessidade de busca).** As linhas nas suas andanças pelos cadernos e livros da vida, elas observam vários formatos e olhavam para si e não conseguiam distinguir nada nelas mesmas. Apenas, poderiam servir como base para a escrita. Partindo desse princípio é que saíram pra busca da forma. Como elas conviviam com a ideia de serem inúteis, se sentiam, achavam que sua utilidade era fútil. Cada uma procurava na sua individualidade realizar seus projetos. Fizeram várias tentativas: meia lua e ficaram abertas, outras formas e perceberam que uma linha só não formava nenhum desenho. Um desenho era constituído por mais de uma linha, como estavam em três, resolveram buscar uma forma. (**Como se sentiram?)** Serviram de base, de inspiração para despertar a imaginação dos que o viam. Elas não se sentiam inúteis, elas estavam sendo utilizadas, não eram mais uma forma indefinida. Levavam pessoas a se inspirarem assim como elas buscadoras de propósito. **Título:** Os três que levaram ao um.

D-E n° 4 – Comentários: Mais um desenho? Hoje você me pegou, é bem melhor conversar. ... (**Ouvimos gritos de crianças).** As mães sabem se é seu filho ou cada um tem seu jeito de se manifestar. (**Ele contou a história dos pingüins:**

 **(D-E no.4)**

"que apesar de serem idênticos, suas mães, os identificam através dos sons que eles emanam). Anota aí: Individualidade na multiplicidade (**título**). **Estória:** O próprio desenho já mostra o ser humano, a multiplicidade de órgãos e tecidos, substâncias de seres vivos: células de diferentes tipos, multiplicidades de pensamentos, ações no um que é o ser humano. (**E a Estória?) (Ele Ri)** O contador de histórias ... Origem da multiplicidade. Eis a questão. De onde vem o múltiplo, se cada unidade que conhecemos é múltipla em si mesma. Pois até onde tenho conhecimento, até o átomo que seria a menor partícula, ou partícula indivisível é múltipla e indo mais além, seu próprio núcleo também o é. Talvez tenha sido por isso que me expressei através desse desenho, tentando buscar, inconscientemente talvez, uma resposta para essa incógnita.  **(D-E no.5)**

D-E n° 5 – Comentários: Uma peça que eu tô fazendo no trabalho, uma luminária. **Estória:** É um projeto que eu tinha faz tempo, de fazer uma luminária e, por isso, veio à cabeça desenhar uma luminária. **Estória:** Estória? ... Estou sem

criatividade **(desenhou o fio e o interruptor).** Estória? ... Estória ... é o comercial e o projeto de fazer luminária. Tô procurando os mercados que estão surgindo .... espero dar melhores condições pra minha família. **Inquérito: (Como você se sente?)** Bem, não é coisa de realizado, porque realização plena é difícil e a gente

nunca tá satisfeito plenamente. Mas, eu gosto de fazer esse trabalho. **Título: Comentários:** Hum ..... hoje tô meio .... sem inspiração, sem criatividade. Você escolhe o título e eu digo se está bom ou não. ..... Hum .... A realização de um projeto.

ANÁLISE DOS DADOS E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Eduardo apresentou-se comunicativo, aparentemente sem angústias, sem preocupação, como quem 'tira de letra' as dificuldades da vida. Ao narrar os fatos de sua vida, de início, deu-nos a impressão de tê-los superado. No decorrer dos contatos, surgiram situações que denotavam suas dificuldades: esquecimentos, atrasos e confusões com os compromissos e horários agendados e, a não comunicação de suas impossibilidades de comparecer.

Os dados obtidos nesse estudo revelaram sequelas da infância difícil que Eduardo teve, com perdas significativas seguidas de depressão (após a separação da mãe, ele chorou durante um ano com saudades da mãe e das irmãs). Necessitou criar um modo de proteção, um estado de desligamento (não se envolvia com as namoradas, não queria se casar e nem ter filhos, mantendo-se passivo aos acontecimentos de sua vida), e de evadir-se de situações conflituosas, de frustrações e sofrimento. A 'falta' que ele sentia dentro de si se refere ao distanciamento de contato com o que sente e pensa. O desligamento retratado é amplo: não sabe por que se casou, por que teve filhos, por que tem que se preocupar com as contas a pagar. Eduardo desliga-se diante de problemas, de situações frustradoras e do sofrimento: ("ele não manifestou suas

emoções ao narrar sua história; ao ser pai contra a sua vontade, evita resolver a insatisfação conjugal e outras situações"). Há um esvaziamento interior que o impede de comandar a própria vida e, desse modo, ele se sente levado por forças internas que ele não controla.

O impacto demonstrado por Eduardo na realização do Procedimento de Desenhos-Estórias, corroborou suas dificuldades à introspecção. Retratou a sua indefinição, que o leva ao sentimento de vazio, desejos de reconhecer-se em sua individualidade e de se sentir inteiro. Winnicott alertou-nos sobre a repercussão das falhas ambientais e suas implicações, bem como os prejuízos no processo de integração, comprometendo: a 'continuidade do ser' (1960-1990) e a adaptação à realidade (WINNICOTT, 1945-1993) corroborando as vivências emocionais e as dificuldades apresentadas por Eduardo.

Observamos que, ao final da aplicação do Procedimento de Desenhos-Estórias, pareceu que ele tomou consciência de seu problema e se aproximou da necessidade de encontrar uma base de sustentação que dê sentido à sua vida.

Conjecturamos que a tomada de consciência sobre o foco de suas dificuldades resultou em um Processo Diagnóstico Compreensivo interventivo, proposto por Tardivo (2010).

REFERÊNCIAS

ALVAREZ, A. **Companhia viva**: psicoterapia psicanalítica com crianças autistas, borderline, carentes e maltratadas. Tradução de Maria A. V. Veronese. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

AVOGLIA, H. R. C. **A avaliação Psicológica: a perspectiva sócio-familiar nas estratégias complementares à prática clinica infantil**. 2006 Tese (Doutorado) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. São Paulo-SP. 226p.

CANCRINI,T. **Um tempo para a dor**: **eros, dor e culpa**. São Paulo: SBP/SP, 2006.

CARETA, D. S. **Análise do desenvolvimento emocional de gêmeos abrigados no primeiro ano de vida: encontros e divergências sob a perspectiva Winnicottiana**. 2006. Dissertação de Mestrado - Universidade de São Paulo, Instituto de Psicologia.

LEONCIO, W. A. H. **Retrato de vivências emocionais de crianças abrigadas**: **observações psicanalíticas por meio do Procedimento de Desenhos-Estórias**. 2002. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

MARTÃO, M. I. S. **Filhos autistas e seus pais**: um estudo compreensivo. 2002. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

_____.**Encontro com pais de filhos com traços autistas: compreendendo a experiência emocional**. 2009 – tese de Doutorado- IPUSP – SP.

TARDIVO, L. S. L. P. C. Análise e interpretação. In: TRINCA, W. **Formas de investigação psicológica**. São Paulo: Vetor Editora, 1997.

_____. GIL, C.A. **Apoiar novas perspectivas em psicologia clínica.** São Paulo, Sarvier editora, 2008.

_____. O Procedimento de Desenhos-Estórias e derivados no processo psicodiagnóstico compreensivo e interventivo de crianças. In: NUNES, M.L.T. **Técnicas projetivas com crianças.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010.

TRINCA, A. M. **A intervenção terapêutica breve e a pré-cirurgia infantil**: o procedimento de desenhos-estórias como instrumento de intermediação terapêutica. São Paulo: Vetor Editora, 2003

_____. (Org.). **Diagnóstico psicológico**: a prática clínica. São Paulo: E.P.U., 1984.

_____. **O pensamento clínico em diagnóstico da personalidade**. Petrópolis: Vozes, 1983.

_____. (Org.). **Formas de investigação clínica em psicologia**. São Paulo: Vetor, 1997.

Winnicott, W. **A criança e o seu mundo**. Tradução de Álvaro Cabral. 6. ed. Rio de Janeiro: Ed. L.T.C., 1982.

_____. **O ambiente e os processos de maturação**: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983

_____. **A natureza humana.** Trad. David L. Bogomoletz. Rio de Janeiro, Imago, 1990.

SENTIMENTO DE DESAMPARO DE UMA JOVEM DE 15 ANOS E FALHAS DA PREOCUPAÇÃO MATERNA PRIMÁRIA

Lúcia de Mello Senra do Valle

Leila Cury Tardivo

RESUMO

A falta materna, desde a mais primitiva etapa da vida, provoca uma sensação de desproteção na criança, conduzindo-a a uma situação de vulnerabilidade social. Na América Latina a entrada do jovem na adolescência, estimula a revivência dos primeiros conflitos. Coloca o adolescente, em busca de sua identidade, à mercê de uma sociedade que lhe oferece um mundo de opções muitas vezes inacessíveis às suas ilusões, expondo-o a uma situação de marginalidade e de sofrimento. A psicanálise pontua para a importância da preocupação materna primária, considerando a mãe suficientemente boa , quando a sua sustentação, *holding* proporciona ao bebê um desenvolvimento emocional sadio e pleno. O Laboratório APOIAR do Departamento de Psicologia Clínica da USP, oferece atendimento psicológico por alunos da USP e profissionais da saúde, supervisionados por professores, à pessoas carentes. Trazemos um estudo de caso de uma adolescente vitimizada pelo desamparo materno, vivendo uma situação de vulnerabilidade social. A possibilidade de experenciar o holding no *setting* analítico favoreceu-lhe vivências salutares no seio da família e na sociedade.

.

INTRODUÇÃO

Iniciamos este trabalho tecendo algumas considerações acerca do desamparo ontológico do ser, que é a sua própria condição humana. O homem nunca “é” e o que descreve o seu modo de ser, é um eterno “vir a ser”(Heidegger,1998).

Modo de ser no mundo, aberto a possibilidades e, nessa medida, o homem é definido por constituir sua historicidade. Cair na situação de desamparo, consistiria para o homem, ser lançado subitamente num estado de desmoronamento de sua organização psíquica, construída em torno de ilusões, de garantias e certezas e então tornar-se vulnerável a situações de risco.

Aqui nos deparamos com a vulnerabilidade, que o dicionário Houaiss pontua como: 1. substantivo feminino, sob a f.latim bil +(i)- +dade, qualidade ou estado do que é ou se encontra vulnerável.

Vulnerável, adjetivo, ETM. que pode ser fisicamente ferido que pode ser atacado, derrotado, prejudicado ou ofendido, melindra ou ofende(os sentimentos de alguém).

A relação entre a personalidade e a socialização é essencial em qualquer estudo ou reflexão sobre o ser humano. Toda a conduta humana ocorre nos três campos (mente, corpo e ambiente), no modelo proposto por Pichon-Rivière e apresentado por Bleger (1975). Essas relações se tornam ainda mais evidentes quando se pretende falar sobre adolescentes e suas condutas, ou seu sofrimento e vulnerabilidade (Tardivo,2007).

Embora alguns autores não diferenciem puberdade e adolescência, para os psicanalistas , a puberdade inicia-se após a fase da latência, considerando as fases de desenvolvimento postuladas por Freud. Alguns autores consideram que a latência se constitui em equilíbrio entre as chamadas instâncias psíquicas (ego e superego). Por outro lado há outros psicanalistas que questionam se há mesmo esse tal equilíbrio nos anos que antecedem a puberdade, já que nessa etapa anterior acontece um rearranjo da personalidade que prepara para a chegada da adolescência (Tardivo,2007).

Pode-se, na verdade dizer que a adolescência só pode ser compreendida se considerarmos, ao mesmo tempo, os fatores biológicos, psicológicos além dos sociológicos envolvidos. (Tardivo,2007).

Para Ajuriaguerra (1985), a adolescência só pode ser compreendida por meio do conhecimento das pulsões e defesas, dos bloqueios e dos processos de identificação que evoluem para a busca da identidade, e, por outro, também é indispensável compreender o papel que o adolescente exerce numa determinada sociedade, num determinado momento histórico e político (Tardivo,2007).

Grande parte dos problemas atuais da adolescência estão relacionados a uma desvalorização das imagens identificatórias oferecidas aos adolescentes. Entretanto, isso não decorre somente de falta de valor que o adolescente atribui às figuras da família e da sociedade, mas também da imagem desvalorizada que lhe é oferecida pelos pais e pela sociedade(Tardivo,2007, in Ajuriaguerra, 1985).

A América Latina chama a atenção por suas grandes desigualdades sociais no cerne de todos os seus países: ora se dilatam apesar de alguns progressos alcançados, e ao mesmo tempo os aproximam da violência e da pobreza, da vadiagem à marginalidade, sem esclarecer o que se passa com a pobreza e sobretudo com os adolescentes, sempre sujeitos à marginalidade .

Caminhando para o tema da exclusão social, como uma das fontes de violência, nos deparamos com o cenário da vulnerabilidade social, cuja dimensão esbarra na expressão de desespero do jovem latino americano, fragilizado e impotente, semelhante a um náufrago, a lutar para não morrer.

Dentro de uma visão psicanalítica e filosófica ambas apontam para o desamparo como expressão da condição de fragilidade humana. E se, a tudo isso se somar a situação de desamparo do homem contemporâneo na América Latina, que vive a experiência de submissão a uma cultura utilitária e mercantilista ? (Fonseca,M.S.,2001).

Para a Psicanálise, o sentido de desamparo reflete o estado de impotência do bebê que fica inteiramente a depender de outra pessoa para a satisfação de suas necessidades e para por fim à tensão interna, por ele experimentada nessa espera. O bebê necessita ligar as suas experiências

físicas a uma relação amorosa com a mãe , assim necessita igualmente dessa relação como uma base para os seus temores (Winnicott,1956).

Existe uma moralidade inata que o bebê tem. (Outeiral, 2001). O mundo do bebê seria um lugar aterrador, se não fosse o papel protetor da mãe que esconde esses enormes medos pertencentes às primeiras experiências da vida do bebê. No entanto, a mãe poderá se colocar no lugar do bebê, uma vez que fornece um *setting* no qual a constituição do bebê pode apresentar as suas tendências de desenvolvimento, pode começar a se revelar e o bebê pode experimentar um movimento espontâneo e dominar as sensações apropriadas a esta fase inicial da vida (Winnicott, 1956).

O bebê , pela sua imaturidade, não consegue perceber o seio dentro da esfera do Não-Eu. Para ele , na medida em que ainda não há discriminação entre o eu/outro, ou entre realidade interna/ externa, ele tem a ilusão de que o "seio e aquilo que o seio significa, foram criados pelo impulso originado da necessidade (Winnicott,1988).

Nesse estágio primitivo, surge a mãe, que, além da tarefa de proteger o bebê daquilo que não tem condições de compreender, é a responsável por fornecer a ele aquilo que já possa conhecer, através da criação de um ambiente suficientemente bom. (Winnicott,1988).

Para tanto faz-se necessário que nesta mãe se estabeleça um estado de identificação com o bebê, que é parcialmente consciente, mas profundamente inconsciente, uma condição psicológica especial denominada "preocupação materna primária"(Winnicott,1988).

Gradativamente , a mãe e outras pessoas são reconhecidas pela criança como seres humanos. Não se pode ensinar uma criança a ser feliz. A idéia de que o sentido de bom e mau é naturalmente adquirido por cada criança, desde que certas condições de assistência ambiente possam ser tomadas como coisa garantida (Winnicott,1988).

Pela perfeita adaptação da mãe às necessidades do bebê, ou seja, pela sua capacidade de ter sido suficientemente boa é que esse estado se

estabelece, o que permite ao bebê a ilusão de ter criado objetos que satisfaçam as suas necessidades. Essa ilusão (que não é de caráter psicopatológico) é de fundamental importância para seus relacionamentos futuros, e falhas nesse momento provocam distorções nos processos de maturação do bebê(Winnicott,1988).

Nessas condições a mãe poderá responder de forma adequada às necessidades do bebê que inicialmente são somente corporais e posteriormente também serão necessidades do ego. Os cuidados físicos fornecidos pela mãe nesses momentos iniciais, cuidados esses que fornecem a sensação de sustentação *(holding),* vão permitir que o bebê não se sinta despedaçado e nesse sentido, aqui, o cuidado físico é um cuidado psicológico.(Winnicott,1988).

O amor e o ódio caminham juntos, quer na realidade interna, quer na realidade externa do bebê; quer nas relações objetais de seu mundo interno, quer nas relações objetais de seu mundo externo (Rosa,2008).

Esse estado mental, caracterizado pela integração, é um grande passo na direção do desenvolvimento normal. Sabemos que nem todas as pessoas o atingem, isto é, nem todos têm a possibilidade da integração gradativa e do desenvolvimento de um mundo interno, assim como condição para se vincular de maneira integrada à realidade externa (Rosa, 2008).

Winnicott postula um estágio inicial de não integração primária, estágio esse que “fornece uma base para a desintegração como uma regressão, ou como resultado do fracasso de outros tipos de defesa”.

A obra de Melanie Klein põe em relevo a importância da destrutividade na mente humana e sua relação com a construtividade e como essas forças antagônicas interagem, quer no desenvolvimento saudável, quer no desenvolvimento patológico (Rosa, 2008).

Para que os bebês se convertam, finalmente, em adultos saudáveis, em indivíduos independentes, mas socialmente preocupados, dependem totalmente de que lhes seja dado um bom princípio, o qual está assegurado, na

natureza, pela existência de um vínculo entre a mãe e o seu bebê: amor é o nome desse vínculo (Winnicott, 1988,).

Não havendo a construção sólida desse vínculo de amor na geografia do espaço psíquico, da criança, o desenvolvimento emocional será comprometido em sua magnitude.

A análise da violência juvenil em suas expressões tem nos levado às mais variadas reflexões. As questões que envolvem a família contemporânea, suas dificuldades e descompromissos, sinalizam para a mídia e para seus escusos interesses econômicos: expõe uma sociedade indiferente e egoísta, que já se acostumou com a injustiça social, até mesmo como defesa contra a angústia.

A família na macrosociedade não favorece o desenvolvimento do ego. O adulto é alguém em estado de extinção. O adulto tem que ter um estado de preocupação muito grande com o outro (Outeiral,2010).

A ética nasce quando o outro entra em cena. Há uma falha na função paterna. O adolescente é uma forma de adulto. A cultura contemporânea não é uma cultura de fronteiras. Não há uma cartografia criança, adolescente e adulto, (Outeiral,2010).

> Segundo os pressupostos de *(Chaui),1999, a violência anda em caminho oposto à ética. A autora define a ética como a parte da filosofia que se dedica a análise dos próprios valores e das condutas humanas, indagando sobre o seu sentido, sua origem, seus fundamentos e finalidades. A ação ética só acontece se realizar a natureza racional, livre e responsável do sujeito e se este respeitar a racionalidade, liberdade e responsabilidade dos outros agentes, de sorte que a subjetividade ética e a intersubjetividade ética são uma intersubjetividade socialmente determinada.(Chaui,1999)*

O que dizer, no entanto, dos inúmeros adolescentes brasileiros que teriam de enfrentar situações de confronto com o desamparo, sujeitos à vulnerabilidade que nossa própria cultura lhes impõe?

Nessa perspectiva, é desenvolvida desde 2002, na cidade de São Paulo, pela equipe do LABORATÓRIO DE SAÚDE MENTAL E PSICOLOGIA SOCIAL APOIAR (PSC do IPUSP) do Departamento de Psicologia Clínica e Social, da Universidade de São Paulo, ao qual pertencemos, oportunidades de intercâmbio científico para os jovens alunos do Curso de Psicologia e profissionais da saúde e prestação de serviços à comunidade. Atendemos ao universo cultural das classes sociais menos favorecidas, quando se sentem impelidas a buscar ajuda para os seus problemas de ordem emocional. Buscam acolhimento, sentem desejo de esvaziarem o seu sofrimento, no âmbito individual, familiar ou profissional e assim afastarem o estado de vulnerabilidade que os aproxima da violência.

OBJETIVOS

O objetivo deste trabalho foi facilitar para a paciente o estabelecimento de mudanças psíquicas, elaborando as experiências de desamparo que sofreu com a sua mãe e verificar se o *setting* analítico trouxe-lhe de volta o *holding.* Utilizamos o Método Clínico e o atendimento foi em Psicoterapia Breve. Concluímos que houve promoção de vida para a paciente e inserção na sociedade com possibilidades futuras de profissionalização

MATERIAL CLÍNICO

Para ilustrar esse trabalho trazemos um estudo de caso de uma família constituída de duas tias e uma sobrinha de criação, que nos procuraram, trazendo queixas de dificuldades de comunicação com a sobrinha vitimizada, pelo abandono do casal parental desde o seu nascimento e que no momento vive com as tias aqui na cidade de São Paulo.

Nome: Camila.

Natural da: Bahia.

Idade: 15 anos.

Profissão: estudante.

Nível de instrução: 8ª série.

Desenvolvimento neuropsíquicomotor: sem referências.

Doenças próprias da infância: sem referências

Religião: Evangélica

Caso clínico: O casal parental separou-se antes do nascimento de C. Foi abandonada pela mãe que dizia não ter se acostumado com a idéia de ter que cuidar de um bebê. Era muito difícil ter que dar de mamar, trocar fraldas, tomava todo o seu tempo, o bebê chorava sem parar, atrapalhando o seu sono noturno e os seus afazeres diários, faltava-lhe paciência. Preferia estar na rua proseando com as amigas. Após seis meses de maltratos (desnutrição, assaduras, doenças de pele, carteira de vacinação vazia) o pai, alcoolista, sob a pressão de familiares que cuidavam de C., decidiu entregar o bebê aos seus pais que viviam no interior do Estado do Espírito Santo. Os avós paternos, sem condições financeiras, se encarregaram da neta, procurando ser continentes e tentando recuperar os prejuízos até então causados pelo abandono materno. O bebê vinculou-se com facilidade aos avós paternos, era muito “carinhada” por eles embora fosse muito “tristinha”, era muito chorona e tinha o sono muito agitado. Desenvolvia-se com um certo atraso neuro psicomotor, segundo referências de um médico pediatra da cidadezinha onde moravam. Foi escolarizada aos sete anos de idade, alfabetizou-se com certa dificuldade. Ficava muito “amuada” quando presenciava cenas de bebedeira do pai,em via pública, na cidade onde moravam. Envergonhava-se das vizinhas e coleguinhas da Escola. Assim que entrou na adolescência C. tornou-se exigente, deixou de ajudar aos avós nas tarefas de casa, saia para a rua sem autorização e mentia muito. Deixou de se preocupar com as tarefas escolares. Frente às dificuldades encontradas pelo avós para lidar com a neta, esta foi encaminhada para São Paulo, para morar na casa das tias que nos procuraram e passaram a enfrentar outras tantas dificuldades com a sobrinha C.

Após uma entrevista de triagem, iniciamos o nosso atendimento com uma entrevista com as tias. Propusemo-nos a um atendimento em psicoterapia breve de 12 sessões, à tarde, após o horário escolar de C.

Queixa principal: C. ia mal na Escola. Notas baixas, faltava muito, não consegue acordar cedo para ir à Escola. Em casa, não ajuda nas tarefas, não observa os horários da casa, não gosta de tomar banho e de lavar a própria roupa, mente muito, é muito malcriada, come demasiadamente, mantém-se fechada no quarto e evita falar com as tias. Sai de casa sem autorização, praticou furto em dinheiro em casa de uma colega e várias vezes já furtou dinheiro em casa das tias. Chegou a fugir e ficou alguns dias fora de casa. Até hoje as tias não sabem aonde e com quem a sobrinha esteve. Chegaram a procurá-la em vários hospitais e até no Serviço de Medicina Legal. Quando retornou estava muito suja, denotando cansaço e faminta. As tias temiam que ela tivesse sido assaltada e assassinada.

Entrevista com a paciente.

Winnicott,(1989),articula seus conceitos sobre o desenvolvimento emocional primitivo e a elaboração de uma concepção singular do *setting*, experenciado como uma metáfora de cuidados maternos. O *setting* da análise reproduz as mais antigas técnicas de maternagem . Convida à regressão pela confiança que inspira. E a regressão é um retorno organizado à dependência inicial ou dupla dependência (Outeiral,2001).

C. mostrou-se a princípio muito desconfiada e temerosa de falar sobre a sua vida. Manteve-se por alguns minutos cabisbaixa, apertando as palmas das mãos e disse não saber porque estava ali, o que queríamos conseguir dela.

Explicamos à C. que ela queria nos dizer que em sua vida tudo estava bem. No entanto, as tias disseram-nos que estavam querendo se entender bem com ela e vieram buscar ajuda no sentido de proporcionar a C. uma vivência feliz e harmoniosa dentro de casa, na Escola e na vizinhança. Disse-lhe que gostaria de saber de C. o que estava acontecendo com ela, parecia que as coisas não estavam tão bem como deveriam estar, pois as tias a acolheram

para que aqui em São Paulo ela tivesse bem estar em casa e mais oportunidades para se preparar para o seu futuro. C. afirma que as tias são muito “antigonas” e não conseguem entendê-la.

-Eu não tenho o direito para escolher a comida, as roupas, as amigas, sinto-me como uma criancinha. Se eu concordar com elas nunca vou estar vestida como minhas colegas da minha idade. Não consigo vestir saia comprida como as delas, cabelo preso de coque, não usar maquilagem no rosto, são exigências da Igreja delas.

-Quando vou à casa de minhas colegas para fazer os trabalhos escolares, tenho horário para ir e vir.

Após prolongado silêncio C. cabisbaixa, continua.

-Sinto muita tristeza, porque vejo que em casa de minhas colegas têm o pai e a mãe juntos, sentados à mesa, colaborando um com o outro e eu nunca tive essa imagem em minha vida e nem vou ter. C. chora muito, chega a soluçar.

-C. continua. *Esse ano na minha escola houve a festa das mães, minhas amigas tinham uma companheira do lado delas e eu sozinha, não pude abraçar e nem beijar ninguém, fiquei com a minha rosa nas mãos, não tinha para quem dar. Senti uma sensação de desespero, de abandono muito grande, parecia que todos me olhavam, riam de mim, queria fugir.*

-T. As Tias estão, ao modo delas, querendo cobrir a ausência de sua mãe, possivelmente outras colegas também não tivessem a mãe naquele momento. É preciso que você seja um pouco boa filha, para que elas sejam um pouco boas mães para você. Você poderá demonstrar isso, ajudando-as nas tarefas de casa, sendo carinhosa com elas, procurando cuidar de você mesma, da sua roupa, lavando a sua louça, respeitando os horários da casa, oferecendo-se com carinho para cuidar delas também assim como elas cuidam de você.

C.-Tentei falar com a minha mãe no dia das mães, foi a Professora de História, aquela que eu gosto muito que me animou. Ai, eu liguei o celular para a minha mãe e ela se recusou a falar comigo, disse que não me conhece. Chorei vários dias por isso, não consigo entender porque ela se recusa a falar comigo. Senti naquele momento uma sensação de desamparo total.

T.- Estou lembrando a você que as suas tias podem ser chamadas de Mãe nesta data, porque elas têm você como se tem uma filha, você mora com elas e desfruta de toda a intimidade delas. Elas querem fazer você feliz ao lado delas.

C.-Mas elas me policiam o dia todo. Dentro de casa e quando eu saio.

-Não seria essa a forma de amor e de proteção que elas tem a oferecer a você? Como teria sido para elas no tempo em que elas tinham a sua idade? É preciso que você tente entender que no mundo de hoje há mais vulnerabilidade, mais perigos para o jovem fora de sua casa e as Tias estão dessa forma, tentando evitar que algo ruim aconteça a você.

Silêncio.

C.-Eu ainda não havia pensado dessa forma, achava que era ruindade delas e se elas são más para comigo, eu também sou para elas.

Com o passar dos atendimentos comecei a observar que C. ,aos poucos, estava começando a valorizar os cuidados das Tias para com ela, o teto que a abriga, deixava de ser tão contestadora e não se sentia tão perseguida dentro de casa, dividindo as tarefas domésticas. As notas escolares estavam melhorando e C. estava se afeiçoando a várias professoras da Escola. A Tia foi à reunião da Escola e voltou para casa muito feliz, porque a sobrinha foi elogiada pelas professoras.

-“As Professoras me disseram que C. tem capacidade de liderança”!

T. -Deixe então que ela faça algumas escolhas dentro de casa, dê alguns palpites na arrumação de seu quarto e no seu guarda-roupa. Vocês

podem pedir que ela faça escolhas para as roupas de vocês, dizendo-lhe que ela tem muito bom gosto.

-Só não quero que ela ponha as pernas e a barriga de fora! - Calça justa também é muito indecente! Biquine, nem pensar!

As Tias matricularam C. em um Curso de Informática, patrocinado por um político da região onde moram. C. estava muito entusiasmada, porque já poderia fazer um currículo para pleitear o primeiro emprego. Na Escola passou a gostar muito de Biologia e começava a pensar em estudar medicina para ser pediatra.

C.-Quero cuidar bem das criancinhas.

Durante esse atendimento, C. colocou várias perguntas sobre Cursinho e Vestibular, possibilidades de bolsa de estudo, horário de estudo compatível com o de trabalho e vislumbrava uma autonomia voltada para o ingresso na corrente de trabalho. Gostaria de ser aprovada na Escola por média. As Tias permitiram que ela participasse das festas de formatura.

DISCUSSÃO DO CASO CLÍNICO

Na atividade clínica em que psicóloga e paciente “brincam juntos” a psicóloga irá tocar a dor da paciente e ser tocada por ela, possibilitando uma mudança psíquica prioritariamente , mas não apenas da paciente. Assim, entre duas pessoas ou mais, cria-se uma área especial só delas, criação única, própria daquela relação. Na adolescência , trata-se de um viver num espaço transicional, potencial e paradoxal(Outeiral,2001).

O material clínico apresentado evidencia como C. estava repetindo na casa das tias bem como na Escola e vizinhança as mesmas vivências passadas, de sua origem: abandono materno, vulnerabilidade durante a infância e no momento, na adolescência. A obra de Melanie Klein põe em relevo a importância da destrutividade na mente humana e sua relação com a construtividade e como essas forças antagônicas interagem, quer no desenvolvimento saudável, quer no desenvolvimento patológico(Rosa,2008).

A carência de amor materno vivenciada por C. sustenta um sentimento inconsciente de desamparo recalcado, apontando para a importância do atendimento psicológico para a elaboração de suas vivências de sofrimento e o exercício de sua singularidade. As tias, tentando traçar- lhe os mesmos caminhos de décadas passadas evidenciam dificuldades no manejo com a adolescente. Winnicott (1965), acredita que a submissão acompanha um viver constituído a partir do falso *self*. A fuga de casa evidenciou o retorno aos caminhos maternos de procurar a rua sem levar em conta o risco do retorno ao desamparo , à vulnerabilidade, apontando para a transgeracionalidade familiar..

Completadas as doze sessões de atendimento, notamos uma aproximação entre tias e sobrinha, até então ausente em nossos atendimentos. Passei a observar que as Tias repetiam os modismos de C. porém com certa discreção. As roupas estavam ligeiramente coloridas, as saias talvez dois dedos mais curtas. Observava que não usavam mais meias grossas, ao que uma das tias se justificou dizendo que o calor estava insuportável, mas sentia falta das meias. Os cabelos passaram pela indispensável “chapinha” e o corte moderno derrubou o coque. Precisei telefonar-lhes e fiquei sabendo que as Tias estavam namorando. Na última sessão, todas queriam ser atendidas. Com um abraço apertado e carinhoso despedi-me de C. que prometeu-me enviar um convite de sua formatura. Usava roupas modernas e havia iniciado regime para emagrecer. Estava aguardando ser chamada para o primeiro emprego, talvez como vendedora temporária em uma loja de roupas do bairro. As Tias diziam-se felizes com a sobrinha que estava até carinhosa e muito “trabalhadeira “ em casa. A elas desejei-lhes um futuro muito feliz!

RESULTADOS

O caso que apresentamos focaliza o desamparo materno de uma jovem de 15 anos e as conseqüências desastrosas no seu desenvolvimento emocional . O impacto causado pela ausência dos primeiros cuidados maternos impeliram a jovem para a vulnerabilidade social. A possibilidade de um atendimento psicológico em Psicoterapia Breve , possibilitou o desenvolvimento de um vínculo amoroso entre ambas e durante o *setting*

analítico, a postura da Terapeuta, oferecendo-se como uma mãe suficientemente boa , resgatou as falhas ambientais sofridas pela paciente, impedindo-a de manter-se em situação de vulnerabilidade social, como acontece à vários jovens da America Latina.

REFERÊNCIAS

CHAUI,M.(1999, 14 de março).Uma ideologia Perversa. Jornal Folha de São Paulo, Caderno Mais.

FONSECA, C.M. at al. *Adolescência, violência e desamparo: Uma articulação possível?* Encontro: Revista de Psicologia UNIA,Santo André-SP,Jan-jun 2006.10(13)Pp.48-59.

HEIDEGGER,M. (1998).Ser e Tempo. (M.S. Cavalcanti, Trad.)Petrópolis, RJ: Vozes.

OUTEIRAL,J. at al.(.2001) *Winnicott,Seminários Paulistas*.In Transicionalidade.p.361-371. São Paulo.Casa do Psicólogo.

OUTEIRAL,J.at.al. (2001) *Winnicott,Seminários Paulistas*. In A Ética e o Verdadeiro *Self* ou Quando o outro entra em cena, nasce a Ética. P.27-33.São Paulo. Casa do Psicólogo.

ROSA,J.T.;Motta,I.F.*Violência e Sofrimento de crianças e adolescentes* . Na Perspectiva winnicottiana.In, Violência no relacionamento pais e filhos. Aparecida,SP . FAPESP, 2008.Ed:Ideias e Letras.

TARDIVO,L.S.P.C. , Gil, C.A.(2008).*Apoiar,Novas Propostas em Psicologia Clínica*. In: Função Materna na Relação Terapêutica: Relato de caso.Cap.15.p.137-152. São Paulo, Servier.

WINNICOTT,D.W. Desenvolvimento emocional primitivo(1945). In: Winnicott,D.W.*Textos Selecionados da Pediatria à Psicanálise*. Rio de Janeiro: Francisco Alves,1993.

----------Preocupação materna primária(1956). In: Winnicott,D.W.*Textos Selecionados da Pediatria à Psicanálise.* Rio de Janeiro: Francisco Alves,1993.

----------(1963). Da dependência à independência no desenvolvimento do indivíduo. In:Winnicott,D.W.*O ambiente e os processos de maturação*: Estudos sobre a Teoria do Desenvolvimento Emocional. Trad. Ortiz,C.S.Porto Alegre: Artes Médicas, 1983.

RELATO DE UM CASO EM PSICOTERAPIA BREVE: SUPERAÇÃO DO ÓDIO E CRESCIMENTO PSÍQUICO

Nicia de Lara Crelier Azevedo[33]

Márcia Aparecida Isaco de Souza [34]

Leila Cury Tardivo[35]

RESUMO

Esse trabalho tem como objetivo relatar a trajetória de um paciente, encaminhado para Psicoterapia Breve pelo Projeto APOIAR – Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clinica Social, coordenado pela Profa. Dra. Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo, inserido no Departamento de Psicologia Clinica do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

Durante o atendimento, em princípio de três meses (junho a setembro), foram aplicados testes (BDI, Who-Qol e Questionário Desiderativo) a fim de pesquisar o estado depressivo que se aventava existir motivado pela queixa. O resultado, para objetividade do tratamento, foi de score muito baixo em relação à depressão, embora no Questionário Desiderativo tenham aparecidos traços relativos a um estado deprimido, que mais parecia reacional frente ao momento que estava atravessando. Após o Follow-Up ampliou-se o atendimento para mais uma ano pela necessidade do paciente de continuar em tratamento, sendo reaplicados no final desse período, os mesmos testes das entrevistas iniciais. Os resultados foram positivos com bom prognóstico, apresentando energia significativa de alegria na vida.

Palavras chaves: psicoterapia breve, depressão,

Introdução

[33] Membro do Laboratório APOIAR
[34] Membro do Laboratório APOIAR;.
[35] Coordenadora do Laboratório APOIAR

O paciente de pouco mais de 50 anos, casado e filhos,com fortes sentimentos de perseguição e intenso ciumes,com momentos de ódio muito fortes, vem à psicoterapia com freqüência de 100%, uma vez por semana. A sessão de psicoterapia sempre foi feita dentro do horário previsto (geralmente o paciente chegava mais cedo), com ausência somente em dias feriados. O paciente atendia as solicitações sendo colaborador e entusiasta, demonstrando-se gratificado e estabelecendo com a terapeuta uma transferência bastante positiva, o que contribuiu para a evolução do trabalho.

Nesse caso clínico foi utilizado como fundamentação a Teoria de Winnicott, que permite uma escuta e um olhar de acolhimento do terapeuta diante dos conflitos decorrentes das falhas ambientais. É o que se evidenciava na reação do paciente frente à baixa valorização que tinha de si mesmo, com histórico de pouca legitimação por um pai ausente, alcoólatra que não respeitava o seu espaço individual e uma mãe que o protegia de seus transtornos familiares não deixando com que ele reconhecesse suas próprias possibilidades.

Tem a mãe, com quem se dá muito bem, e o pai falecido: . sempre mal tratado por ele

Teve dificuldades no casamento . em especial nos aspectos sexuais, sendo que a esposa chegou a oensar numa separação, mas eles reconciliaram. Ele também apresentou problemas em relação a sua sexualidade.

As sessões vão ocorrendo com o paciente idando com suas dificuldades emocionais e obtendo importantes insights

A terapeuta, busca no contato com seu cliente, dar-lhe sustentação nos seus momentos aflitivos. Estabeleceu com o mesmo uma ligação bastante eficiente dando-lhe suporte para suas mágoas. A partir da teoria de Amadurecimento de Winnicott é possível pensar no paciente como uma figura cujo impulsos predominavam sobre sua racionalidade e que buscava defesas com mecanismos obsessivos que o maltratavam não permitindo a livre expressão de seus sentimentos.

No decorrer do tempo previsto da terapia breve, foi tornando-se mais calmo e já menos fixado no desejo de vingança, conseguindo imaginar-se, talvez possuído, por fantasias persecutórias que o dominavam prejudicando sua percepção real dos fatos. Seu atendimento prolongou-se por mais um ano e D. encerrou seu processo com planos significativos de melhora de vida afirmando estar se sentindo melhor em todos os sentidos. Seu ódio havia se extinguido, podendo encarar os acontecimentos passados com uma visão mais realista dos fatos, admitindo até a possibilidade de “fraqueza humana” por parte das pessoas.

Seus planos e objetivos estavam sendo alcançados, tais como: a compra de uma nova casa, melhor rendimento profissional, inicio de prática esportiva (ginástica), melhor relacionamento com o filho caçula e uma percepção mais aguçada da realidade. Enfim, via-se mais feliz com um semblante alegre e vivaz. Associei esse seu processo a uma evolução bastante adequada, vendo-o como uma figura mais integrada e capaz de reverter o ódio que lhe assolava com um fio de esperança no ar: transformando sua caixa de ódio em uma caixa de pandora, onde os males sendo dissipados lhe restava a esperança de um novo porvir.

> Ao final da psicoterapia, deixou aberta a posisiblidade de uma continuação do processo psicoterapêutico

Referências

WINNICOTT, D.W. (1971 [1967]) O papel de espelho da mãe e da família no desenvolvimento infantil. In: ***O brincar e a realidade.*** Trad. José Otavio de Aguiar Abreu e Vanede Nobre. Rio de Janeiro: Imago, 1975.

WINNICOTT, D.W. (1979 [1962 b) Integração do Ego no desenvolvimento da criança. In: ***O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teórica do amadurecimento emocional.*** Trad. Irineo Constantino Schuch Ortiz. Porto Alegre: Artes Medicas, 1990.

WINNICOTT, D.W. (1979 [1963 a]) Dependência no Cuidado do lactente, no cuidado da criança e na situação psicanalítica. In: ***O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teórica do amadurecimento emocional.*** Trad. Irineo Constantino Schuch Ortiz. Porto Alegre: Artes Medicas, 1983.

WINNICOTT, D.W. (1989 [1963]) O medo do colapso. In: ***Explorações psicanalíticas.*** Trad. José Otavio de Aguiar Abreu. Porto Alegre: Artes Medicas, 1994.

ESTUDO DO CASO DE UMA FAMÍLIA COM FUNCIONAMENTO PSICÓTICO À LUZ DAS CONTRIBUIÇÕES DE ALBERTO EIGUER

Raquel Brandão C. M. de Araujo,

Sílvia C. S. Karacristo

Sônia Nukui

Suzi Endo

Leila Cury Tardivo

RESUMO:

O presente trabalho tem como objetivo tecer considerações referenciadas na Psicanálise de família sobre uma família atendida em co-terapia pelo grupo responsável pelos atendimentos de família e casal do projeto Apoiar, vinculado ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (IPUSP). A partir da concepção de Eiguer (1985) de que a estrutura familiar encontra-se embasada em três organizadores inconscientes, analisaremos o caso apresentado, encontrando traços importantes e característicos de famílias com funcionamento psicótico. A família estudada é composta por pai (45 anos), mãe (43 anos), uma filha (21 anos) e dois filhos (19 anos e 17 anos).

Palavras-chave: família; Psicanálise; Eiguer; funcionamento psicótico

1. Introdução

Família

Família, de forma bastante geral, define-se por um grupo natural de pessoas, geralmente ligados por vínculos biológicos, que permitem a subsistência de seus membros e a satisfação de suas necessidades, apresentando-se em troca contínua com seus contextos sociais e culturais

(MACÍAS, 1975). Meyer (2002) define família como uma unidade sócio-econômica organizada em torno de um par heterossexual, capaz de reproduzir tal unidade. Sabemos que existem as novas configurações familiares, mas aqui não nos aprofundaremos nessa questão porque entendemos que qualquer que seja a configuração familiar, essa está embasada em organizadores inconscientes (EIGUER, 1985), que independem do fato de o casal ser homossexual ou de família ser monoparental, entre outras várias possíveis configurações. Para Minuchin (1990), família é uma unidade que se encontra em processo contínuo de mudanças, que acompanham o contexto social e o ambiente cultural em que está inserida.

De acordo com Eiguer (1985), a estrutura familiar tem sua base em três organizadores inconscientes, considerando o primeiro deles como a escolha do parceiro, profundamente relacionada à forma como cada um dos cônjuges lidou com o complexo de Édipo e as transformações decorrentes desse. Por meio do jogo edípico entre amor intenso e proibição desse amor, devido à lei do incesto, os pais preparam o sujeito para investir em um outro vínculo, propiciador da origem de uma nova família. Como, idealmente, o menino sai da crise edípica via identificação com o pai para mais tarde buscar uma mulher semelhante à mãe, ocorrendo o oposto à menina, é pela busca de uma relação amorosa parecida com a dos pais que o sujeito poderá conciliar desejo, angústia de castração e identificação, elaborando, agora de fato, o complexo de Édipo:

> A escolha objetal é organizadora porque, ao evitar o desprazer, o indivíduo obtém aí uma vantagem: um amor possível; não é sua mãe, mas parece-se com ela; não é o amor total, mas é intenso... e a ameaça da castração é, então, afastada. Considerando o valor altamente resolutivo, restitutivo e simbólico do encontro amoroso, a relação herda todos estes aspectos e tende a se estabilizar, a se perpetuar. Estes múltiplos sentidos ligam fortemente os dois componentes do casal (EIGUER, 1985:32).

Compreende-se, assim, que a busca do sujeito por um novo objeto de amor refere-se não apenas às representações de objetos inconscientes, mas também às representações de vínculos inconscientes. O homem adota com sua mulher comportamentos demonstrativos dos comportamentos de seu pai, esperando dela atitudes semelhantes às de sua mãe e vice-versa. Esse vínculo, determinado pela escolha do sujeito, por sua vez determinada por sua vivência edípica, mostra-se fundamental para se entender a dinâmica familiar. Meyer (2002), nessa mesma linha, afirma que a dinâmica do casal está diretamente relacionada às dinâmicas das famílias de origem de cada parceiro, tendendo a se tornar a dinâmica da família a ser construída por esse novo casal.

Para Eiguer (1985), há três tipos de escolhas de parceiro: objetal edípica, anaclítica e narcisista. A primeira diz respeito a uma escolha mais adulta, concernente às estruturas neuróticas e 'normais'; a segunda caracteriza-se por uma escolha regressiva no tocante à dissolução do complexo de Édipo, de forma a propor uma relação complementar na qual um fica num papel infantilizado, enquanto ao outro cabe um papel parental; a terceira refere-se a uma busca por um objeto parecido com o que se é, o que se foi, o que se gostaria de ser e com a pessoa que foi uma parte de si próprio, proposição essa embasada em Freud.

Eiguer coloca o *eu familiar* como o segundo organizador inconsciente da família por se constituir a instância em que a família estrutura seu narcisismo normal. Fruto das interrelações objetais múltiplas, o mundo interno grupal constitui uma zona neutra no psiquismo da família, responsável por diferenciar o que é mundo familiar do que não o é. A essa zona neutra denomina-se eu familiar, que *"*(...) *pode ser definido como o investimento perceptual de cada membro da família, que lhe permite reconhecê-la como sua, numa continuidade têmporo-espacial"* (EIGUER, 1985:38). O eu familiar possui três componentes: sentimento de pertença, *habitat* interior e ideal do ego coletivo.

O sentimento de pertença familiar traduz o amor dedicado à família, reunindo os sentimentos experimentados por cada membro da família em relação ao conjunto: a sensação única de estar meio à própria família, sendo tratado de um jeito peculiar pelo qual não se é tratado em nenhum outro lugar; a recordação de um passado comum; um tipo de intercomunicação própria do grupo. As percepções inconscientes, geradas pelas reações frente às atitudes uns dos outros também compõem o sentimento de pertença.

Ao passo que o sentimento de pertença remete à identidade familiar, o *habitat* interior remete à imagem corporal do 'corpo familiar', composto por membros e, por esse motivo, constantemente ameaçado pelo desmembramento. Em outras palavras, o grupo familiar, enquanto uma composição de membros e não uma unidade corporal, tem medo de que seus membros desinvistam o soma coletivo e a família se desmantele. Para se sentir mais segura, a família investe um lugar geográfico concreto, capaz de contê-la: a casa familiar.

O *habitat* interior, na medida em que se institui, marca no inconsciente grupal traços mnênicos desse lar em construção, constituindo-se, assim, a base do reconhecimento grupal, uma representação íntima partilhada somente e tão somente pelos membros da família. Dessa forma, a família sente-se contida, pois agora tem uma 'pele' psíquica diferenciando-a e separando-a do mundo exterior, que deixa de ser ameaçador para a família e torna-se também um lugar de prazer e gratificação. Conclui-se, então, que quanto mais consolidado for o *habitat* interior, mais livres os membros da família sentir-se-ão para circular pelo mundo exterior, pois estarão seguros o suficiente de que podem retornar, pois a casa familiar (enquanto representação simbólica) está bem construída, o grupo não se desmembrará facilmente.

Pode-se passar agora à noção de ideal do ego familiar, que diz respeito ao conluio dos ideais individuais dos integrantes da família, porém não apenas como soma dos ideais de cada um. É como se cada membro tivesse uma representação do ideal do ego familiar ao lado da representação de seu próprio ideal de ego. Eiguer define o ideal do ego familiar da seguinte forma:

> O *ideal do ego familiar* seria, em nossa opinião, uma representação da perfectibilidade do grupo em relação ao seu próprio destino: quer dizer, um projeto de progresso social, cultural, educacional ou 'habitacional' para a família. É também um projeto familiar relativo ao alcance das realizações dos filhos na idade adulta, projetos referentes ao tipo de casamento ou de realizações profissionais, por exemplo. O grupo pode estabelecer 'missões a cumprir', ideais a atingir. Freqüentemente, é o líder (paterno, na família tradicional) o portador do ego familiar, seu agente, sua garantia e seu representante perante os outros (EIGUER, 1985:42)

Assim como o ideal de ego individual, o ideal de ego da família mostra uma consciência, por parte dessa, de sua não perfeição, de sua condição humana falha.

Eiguer considera a interfantasmatização – *ponto de encontro* dos fantasmas individuais de cada membro - como o terceiro e último organizador familiar. Do ponto de vista individual, o fantasma define-se pelo elemento que liga representações inconscientes, pré-conscientes e conscientes, traduzindo, em um movimento de retorno, a presença do recalcado em uma forma redimensionada e mais aceitável ao ego. O fantasma familiar, por sua vez, traduz os respectivos desejos recalcados da primeira infância dos pais e os demais desejos convergentes. Jogo combinatório dos fantasmas individuais, e não uma mera soma desses, a interfantasmatização inconsciente inspira a fantasmática consciente: a criação de um espaço de trocas, de humor, de criatividade, de intimidade...

2. Caso Clínico: A Família Antunes

Composição: (Todos os nomes são fictícios e os pais assinaram Termos de Consentimento, permitindo a realização de estudos científicos)

A mãe, Maria, 43 anos; o pai, Zeca, 45 anos; Madalena, 21 anos; Rômulo, 19 anos; João Paulo, 17 anos.

A família foi encaminhada ao serviço de atendimento do grupo de família/casal do Projeto APOIAR ligado ao Instituto de Psicologia da USP. O grupo recebeu o e-mail de encaminhamento do caso em dez de 2009 com os seguintes dados:

"Filho já é acompanhado individualmente por outra psicóloga do APOIAR - Mãe quer terapia para ela e os outros filhos de 20 e 18 anos. Em setembro/2006 esposo surtou e incendiou a casa. Já tinha o problema antes do casamento e ninguém falou para a esposa. Por 18 anos ficaram casados e bem. A separação do casal aconteceu, mas o marido está na casa da frente, e a esposa na casa dos fundos. Esposa apoia o marido à distância."

Como o grupo de família e casal do Apoiar trabalha em co-terapia, as terapeutas que se disponibilizaram a atender o caso, impactadas com os dados do encaminhamento, entraram em contato com a mãe, começando os atendimentos em março de 2010. Participam dos atendimentos a mãe, Madalena e João Paulo. Segundo eles, Rômulo não poderia participar devido ao seu trabalho. Nas primeiras sessões, a família chegou muitíssimo atrasada, quase no final da sessão, quase não dando tempo de falarem. Na terceira sessão a família relatou, com naturalidade, que o episódio do incêndio ocorrera há 3 anos e contaram, com minúcias, como foi que o pai incendiou tudo.

A mãe atribui a causa da atitude insana do ex marido a tentativas de atingi-la devido a problemas dele em aceitar o retorno dela aos estudos, e ao mesmo tempo, a sérios problemas no trabalho dele, que possivelmente já evidenciavam indícios de ideias delirantes.

A mãe e os filhos contam que alguns dias antes do incêndio, o pai já estava estranho, bebendo demais, mas eles achavam que era por causa dos problemas que vivia no trabalho. Maria relata com detalhes o ocorrido na noite do incêndio e as dificuldade de todos na casa em deter o ex marido. Todos conseguiram fugir da casa. Permaneceu intacto um único cômodo onde o ex-marido vive hoje. Eles falavam de toda essa situação de forma natural e tranquila, sem demonstrar angústia ou sofrimento, enquanto as terapeutas estavam tomadas pelo terror da situação, vivendo-o, contra transferencialmente, no lugar da família. A família inclusive contou, surpresa, que quando os policiais chegaram à casa, não deram crédito à mãe e aos filhos porque os últimos explicaram o ocorrido com muita tranquilidade, dizendo não entenderem porquê deveriam estar desesperados. Já o pai, por todos chamado de “171” de forma pejorativa , conversou com os policiais, convencendo-os de que não havia feito nada demais, não sofrendo nenhuma consequência. As terapeutas apontaram que eles contavam sobre o incêndio de modo a acender esse fogo nas terapeutas, enquanto eles continuavam tranquilos como estavam frente aos policiais, como se quisessem que as terapeutas vivessem essa situação pavorosa no lugar deles.

Depois do incêndio, Maria soube pela família de Zeca que ele já tivera vários “surtos” no decorrer da vida, o que os familiares dele nunca haviam lhe contado, configurando, para Maria, uma traição por parte da sogra e dos cunhados. Há pouco tempo, Zeca recebeu o diagnóstico de distúrbio bipolar e é cuidado pela esposa (apesar de não dormirem mais juntos, não são separados legalmente) e filhos, que o alimentam e cuidam de sua saúde.

O tema de muitas sessões foi Zeca. Tanto os filhos, como a mãe falavam o tempo todo dele, queixando-se de seus defeitos e de sua doença ou lembrando-se de momentos felizes, reconhecendo suas qualidades, como saber fazer comidas gostosas.

Pouco foi falado a respeito das famílias de origem de Zeca e de Maria, mas essa contou que ela não teve pai e que o pai de Zeca era um homem rígido e violento, que batia muito no filho porque gostava que tudo fosse feito a sua maneira.

Após um mês do início dos atendimentos, acontece uma situação grave: João Paulo abre a sessão contando sobre uma briga que houve na casa deles. Uma briga que começa entre o pai e mãe, onde o pai tentou agredir violentamente a mãe. No meio da confusão e gritos, os filhos tentam defender a mãe da violência paterna e são empurrados por Zeca, que lhes dá murros. Enquanto isso, João Paulo escolhe uma faca pequena e fere o pai, e se soltam com o sangue. A polícia e ambulância são acionadas. João Paulo refere que não queria matar o pai, que escolheu a faca menor porque seu intuito era de que o pai soltasse a mãe. O menino foi intimado a responder judicialmente pelo seu ato, mostrando-se preocupado e angustiado, enquanto a mãe, tranquila, dizia que isso foi uma bobagem, que ela avisou o filho que ela mesma se entenderia com o ex-marido.

Depois desse episódio, mãe e filhos mudaram-se para a casa de um parente até que o pai deixasse a casa da família: ficou decidido judicialmente que a menor distância que pode existir entre o pai e eles é de 200 metros. O pai, então, foi morar em uma pensão e a família voltou para casa. Nas sessões, mãe e filhos ficavam questionando-se sobre o estado do pai: se ele estava comendo direito, se estava trabalhando, se estava morando bem... As terapeutas foram apontando que apesar da distância estabelecida, o pai estava presente o tempo todo entre eles, como se eles necessitassem dessa presença para continuar vivendo. Eles concordam e, aos poucos, pai e filhos se aproximam, descumprindo a ordem judicial. João Paulo, entretanto, refere sentir taquicardia cada vez que o pai se aproxima, como se temesse uma vingança ou mesmo uma outra atitude violenta do pai, sendo que as terapeutas compreenderam a situação e lhe apontaram seus medos.

Aos poucos, o tema das sessões foi se diversificando para trabalho, namoro, escola, faculdade, disputas entre os irmãos, “chatices” da mãe... E o pai foi saindo do centro da vida deles, revelando o início da desconstrução do paciente identificado. Há pouco tempo, a família relatou que o pai foi morar em uma casa que pertence a sua família de origem, que tem estado disponível para ele. Quando ele precisa de alguma coisa, deve apenas entrar em contato, que seus familiares (de origem) tomam as devidas providências.

3. Discussão:

Com base na teoria de Eiguer (1985), podemos pensar que Maria precisou adotar uma postura masculina no casal (vale lembrar que Zeca tinha uma séria enfermidade mental), e ele acabou por se manter numa posição mais passiva, ficando dependente. Pode-se hipotetizar um vínculo de natureza mais narcísica do que objetal, pois Maria escolheu para si um homem impossibilitado, devido a sua enfermidade, de assumir a posição de pai, repetindo a situação em que ela foi criada: sem pai e apenas com a mãe. Zeca, por sua vez, escolheu uma mulher que se disponibilizou a assumir o papel de pai, tendo de ser rígida, enérgica como o pai de Zeca. Ela precisou adotar essa postura para poder dar conta dela, do marido, dos filhos, de seu trabalho e da casa, mas de qualquer forma, ela e Zeca acabaram por estabelecer uma dinâmica familiar como a que viveram em suas respectivas famílias de origem: mãe que exerce as funções materna e paterna porque o pai ficou ausente (como Zeca se ausentou de suas função)e Maria assumindo todo a função paterna . Para Eiguer (1982), o vínculo narcisista fundamenta a estrutura das famílias psicóticas, em que os parceiros escolheram-se não para lidar com a própria castração, mas porque viram um no outro um forte amor por si mesmos, aquilo que foram, são e serão, o que os torna atraentes aos olhos um do outro.

Quanto ao *eu familiar* dessa família, verificamos que há uma forte necessidade de todos estarem sob o mesmo telhado para se sentirem uma família, sugerindo que eles vivem em fantasia uma ameaça constante de desmembramento. Para Eiguer (1985), verifica-se nas famílias de psicóticos fantasmas de cerceamento, de devoração e de aniquilamento visto a fragilidade de seu sentimento de pertença e de seu *habitat* interior. Essas famílias encontram-se incessantemente ameaçadas pela desintegração e pelo desmembramento, levando-as a necessitar do ambiente concreto como delimitação e continência do grupo familiar.

Com conteúdos inconscientes tão monstruosos, dando origem a sentimentos e vivências demasiadamente dolorosos, a vida fantasmática consciente da família torna-se árida, seca, pobre de simbolizações e

representações, da fantasia inconsciente passa-se diretamente à concretização. Na família Antunes, podemos observar tal conjectura com clareza quando o pai incendeia a casa da família. Aqui a casa da família é a família; ao incendiar a casa, o pai estava incendiando a própria família: começando pela origem – o colchão do casal – e terminou ameaçando a vida dos filhos seriamente. Não há simbolização, e a ameaça de desintegração e desmembramento familiar foi executada concretamente. De acordo com Eiguer (1985), pode-se ver em famílias psicóticas fantasmas monstruosos em relação à origem da vida devido a sua intolerância às diferenças, o que pode explicar o fato de o pai ter começado o incêndio a partir do colchão do casal.

Quando a polícia chegou ao local do incêndio, a família relatou o acontecimento de forma tão tranquila, que os policiais não lhes deram crédito. As famílias psicóticas negam os conflitos para não se depararem com a própria castração e com a dolorosa carga fantasmática; por isso precisam desembocar, concretizar esses fantasmas em um membro. Em outras palavras, um membro torna-se o depositário de todas as fantasias inconscientes insuportáveis à consciência dos membros da família: o pai é a ameaça de aniquilação, o "assassino em potencial" para dar fim a essa família. No caso dessa família, o pai já apresentava uma enfermidade mental antes de se casar com Maria, o que sugere que ele já era o depositário de conteúdos psíquicos difíceis em sua família de origem e, em sua família atual, permaneceu nesse lugar.

Depois, o filho, também concretamente, tenta extinguir essa ameaça, ferindo o pai, tentando matar a ameaça do desmembramento familiar ao tentar matar o pai. A atitude do menino, porém, tornou-se extremamente ameaçadora para ele: narcisicamente, ele passou a temer o seu próprio aniquilamento como vingança pelo seu ato, ou mesmo ter uma outra atitude como essa e aí sim, ser devorado pelo pai "assassino". As angústias de João Paulo aparecem de forma evidente em alguns sonhos relatados por ele em algumas sessões, como forma de elaborar os conteúdos não pensados.

Logo, o pai, portador de severa enfermidade, pode ser compreendido como um sintoma do funcionamento narcisista de sua família. Não se deve

entender sintoma apenas como passividade e vitimização, como diz Eiguer (1985). Vale lembrar que esse homem, de fato, apresenta um sério transtorno, mas eles não vinham conseguindo lidar com essa realidade, em função do uso dessa figura na dinâmica familiar e das relações com ele estabelecidas.

A família Antunes estava parada no tempo, o assunto era sempre o pai, o incêndio, a casa queimada lá permaneceu do mesmo jeito desde o dia do incêndio, negando que 3 anos se passaram, como se qualquer mudança fosse alterar a imagem mútua estática do pai como patologia conservada e compartilhada por todos. Ameaçada pelo futuro e sem poder aprender com o passado por se crer perfeita como está, a família do paciente psicótico nega a passagem do tempo: *"Negando o tempo-evolução e mudança - seu 'tempo' fica sem passado, presente ou futuro, pois a onipotência do ego ideal narcisista de cada um dos membros da família não permite nem superação, nem progresso, nem falha"* (EIGUER, 1981 *apud* EIGUER, 1985:67). A falha fica na doença.

Todos esses mecanismos discutidos foram sendo apontados pelas terapeutas no decorrer das sessões, o que ajudou a família a ser um pouco mais continente com seus próprios sentimentos suscitados por suas fantasias, diminuindo um pouco a carga fantasmática sobre o pai, que deixou de ser o centro das sessões. Eles não precisam mais falar apenas sobre o pai, como se ele fosse "a doença" da família. Agora também podem falar sobre como as vezes a mãe é chata, sobre como cada irmão é egoísta, o que os levam a brigar... De forma mais realista, ao falarem sobre todos esses temas, sabem que agora o pai é um doente na casa de sua família de origem. Podem assim lidar e tratar suas próprias dificuldades.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

EIGUER, Alberto. *Um divã para a família:* Do modelo grupal à psicoterapia familiar psicanalítica. Porto Alegre: Artes Médicas, 1985.

MACÍAS, A.R.. *Esquema de evaluación dinâmico-estructural.* IFAC, México, 1975.

MEYER, Luiz. *Família: dinâmica e terapia* - Uma abordagem psicanalítica. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.

MINUCHIN, S. *Famílias*, *Funcionamento e Tratamento*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.

TUTORES DE UM PACIENTE COM ELA (Esclerose Lateral Amiotrófica) EM ESTADO DE NEGAÇÃO E BARGANHA - RELATO DA EXPERIÊNCIA

Renata M. Ramos [36]

Luan Paiva Santos [37]

Ana Luiza de Figueiredo Steine[38]

Antonio Geraldo de Abreu Filho [39]

Acary Souza Bulle Oliveira [40]

Leila Cury Tardivo[41]

RESUMO

Introdução: relato da tutoria domiciliar realizada por uma dupla de tutores a um paciente com ELA. A tutoria foi solicitada pelo próprio paciente através do ambulatório da ABRELA. (Associação Brasileira de Esclerose Lateral Amiotrófica).

Objetivo: demonstrar os mecanismos de defesa do paciente e de seus cuidadores frente a doença.

Método: análise e supervisão clínica com base no relato dos encontros entre tutores, o paciente portador de ELA e seus cuidadores em ambiente domiciliar.

Resultados: Se constatou a presença de negação da doença alternando-se com momentos de barganha por parte do paciente. A cuidadora, por sua vez, demonstrou aceitação e carinhoso acolhimento ao doente, seu marido.

[36] Aluna de graduação de Psicologia da UNIP
[37] Aluna de graduação de Psicologia da UNIP
[38] Laboratório APOIAR/USP

[39] Laboratório APOIAR/USP/UNIFESP/EPM
[40] UNIFESP/EPM
[41] Laboratório APOIAR/USP

Na relação com os tutores, cabe ressaltar a relevância das visitas domiciliares para o doente e seus cuidadores demonstrada pela receptividade, afetividade e pelo compromisso com a tutoria.

Conclusão: o paciente encontra-se em permanente estado de negação mesmo diante da evolução gradativa e degenerativa da doença. Os momentos de barganha mostraram-se cada vez menos freqüentes. O acolhimento familiar e as visitas domiciliares feitas pelos tutores tem propiciado apoio emocional, ao mesmo tempo que se respeitou a postura do paciente ao utilizar-se do mecanismo de negação.

Palavras Chaves: Esclerose Lateral Amiotrófica; Tutoria; Negação; Barganha; Cuidador.

Este relato tem o objetivo de descrever a experiência obtida em cerca de doze meses no acompanhamento de um paciente com Esclerose Lateral Amiotrófica, ELA, através do programa de tutoria da Associação Brasileira de Esclerose Lateral Amiotrófica, ABRELA.

O paciente é migrante do estado de Pernambuco. Ele e sua esposa migraram para São Paulo para que ele trabalhasse na construção civil. O casal tem uma filha casada com três filhos e um filho mais novo que ainda é solteiro. Esse filho vive com os pais e, atualmente, é responsável por parte das despesas da casa. As demais despesas são custeadas pelo auxílio doença que o paciente passou a receber após o diagnóstico final de ELA. Sua esposa sempre foi dona-de-casa, portanto não tem rendimentos. Cabe ressaltar que pacientes portadores de uma doença degenerativa dos neurônios motores tem necessidades especiais no que se refere aos cuidados com a respiração, a deglutição, a locomoção, além de medicamentos de alto custo. Por se tratar de família de baixa renda, as dificuldades financeiras tornam o quadro ainda mais complexo.

O paciente comenta freqüentemente sobre sua infância em uma cidade pequena de Pernambuco como oitavo filho de uma família grande, humilde e de educação bastante rígida. Relatou que por diversas vezes se alimentou de pequenos animais que caçava e de frutas de pomares vizinhos. Ainda em sua

infância, após uma briga com o pai, decidiu passar a se sustentar vendendo alguns animais que caçava e consertando bicicletas para obter dinheiro.

Conheceu sua esposa em um baile na região onde moravam e depois mudaram-se para São Paulo. Após muitos anos de trabalho interrupto em construção civil, o paciente teve, no final do ano de 2008, pela primeira vez, dificuldades de segurar um tijolo com a mão esquerda. No momento acreditou que se devia ao fato de ter dormido sobre o braço, porém nos dias seguintes passou a não mais conseguir segurar os tijolos também com a mão direita. Em fevereiro de 2009, o paciente deixou de trabalhar como pedreiro. Passou a coordenar uma pequena equipe que fazia os serviços para os quais ele era contratado. Foi quando a família decidiu levá-lo ao posto de saúde mais próximo de sua casa e lá receberam do médico de plantão, o diagnóstico de hipertensão. Passou a tomar os remédios prescritos, porém não notou melhora alguma em seu quadro. Assim sendo, decidiram ir a outro posto de saúde, na mesma região, onde receberam um novo diagnóstico de acidente vascular cerebral junto à recomendação de consultarem um neurologista. Através de indicação de uma amiga de sua filha, o casal buscou um neurologista em um posto de saúde próximo ao Hospital das Clínicas para verificar o tratamento adequado. Uma vez em consulta com esse neurologista, após uma breve avaliação, souberam que não se tratava de acidente vascular, mas sim de outra doença grave. Partiram para o Hospital das Clínicas imediatamente onde estiveram até às 23h00min daquele dia, mas tudo que conseguiram foram marcar exames para quatro meses depois. Assim, a filha resolveu levar o paciente até o Hospital São Paulo e, como não tinham encaminhamento médico de um posto de saúde do bairro onde fica sua residência, a filha disse aos médicos que o paciente estava passando mal. Foi desta maneira que a família finalmente chegou aos médicos da ABRELA e ao diagnóstico final de ELA. A equipe médica se reuniu ao redor do casal para explicar sobre os sintomas da doença e o tratamento. Informaram que se tratava de uma doença neurodegenerativa, progressiva, incurável, porém passível de um tratamento que incluiria um único medicamento, terapia com fonoaudiólogos e fisioterapeutas, acompanhamento nutricional, entre outros. Todo o processo,

desde o primeiro atendimento médico até diagnóstico final dos médicos da ABRELA, levou cerca de seis meses.

A tutoria foi iniciada dois meses após o diagnóstico junto aos médicos da ABRELA. Foi feito um primeiro contato telefônico para verificar a disponibilidade de horário para as visitas domiciliares. Ao longo das trinta e duas visitas realizadas, pudemos constatar a presença de alguns dos estágios descritos por Elisabeth Kubler-Ross em seu livro “Sobre a Morte e o Morrer”(2005). Em primeiro lugar, cabe ressaltar o estágio de negação como o principal mecanismo de defesa observado no referido paciente. Kulber-Ross observa que freqüentemente o paciente de doença incurável, após o impacto inicial causado pelo diagnóstico, passa por um estágio de negação da doença. Muito embora a escritora observe que o paciente tende a se desligar desse estágio aos poucos passando a utilizar outros mecanismos de defesa, o paciente em questão se mantém em negação com a mesma intensidade desde o início da tutoria. Nota-se que mesmo após a piora acentuada de seu estado de saúde com sintomas pré-informados pelos médicos e claramente presentes em seu dia a dia, não foi observado qualquer indício de abandono do mecanismo de negação da doença. Como por exemplo, cabe citar a fala do paciente quando informado que teria que passar por uma cirurgia de gastrostomia reagindo firmemente dizendo que não seria necessária a cirurgia, porque ficaria curado antes que a mesma fosse realizada.

Outro estágio citado por Kubler-Ross (2005) e evidenciado nas visitas domiciliares foi o estágio de barganha. Menos freqüente que a negação, a barganha pôde ser observada em alguns momentos na fala do paciente. O paciente se comporta de modo infantilizado acreditando que pode ser recompensado por um comportamento adequado. Na realidade, com esse “bom comportamento” o paciente busca um prolongamento da vida agora ameaçada por uma doença incurável. No caso do referido paciente, percebe-se um discurso sobre não mais beber ou fumar que irá perdurar até mesmo depois de se curar. Outro exemplo de barganha é seu recente interesse pelos cultos evangélicos realizados em seu bairro. Nos seus momentos de reflexão é freqüente a frase: “Para Deus tudo é possível. Ele vai me curar”. Nessa frase é possível identificar a expectativa do paciente de ser compensado pelo bom

comportamento no que se refere ao não beber e não fumar, assim como a dedicação religiosa.

Ao longo de doze meses, foi observado que as verbalizações do paciente sobre a doença se limitaram aos aspectos físicos. Nas aplicações do questionário de qualidade de vida houveram breves comentários sobre o sofrimento por deixar de ser produtivo, por não poder mais praticar esportes e por ter que se limitar ao dia a dia dentro de casa. Contudo, não houve qualquer menção direta ao sofrimento psíquico pelo enfretamento da finitude da vida de maneira tão abrupta, o que revela a presença do mecanismo de negação. A rotina do paciente inclui assistir televisão ao longo do dia e da noite, ouvir programas de rádio, tomar banho, se alimentar, receber os tutores e os pastores da igreja evangélica, e sair de casa uma vez por semana para ir à fisioterapia.

O projeto de tutoria também se destina a acompanhar e acolher as angústias e o sofrimento dos cuidadores do paciente. A cuidadora principal, sua esposa, revela qualidades, tais como paciência, agilidade e cuidado amoroso no auxílio ao marido que se encontra com o funcionamento motor bastante comprometido. A cuidadora teve sua rotina totalmente alterada para se dedicar exclusivamente ao paciente. Além do desgaste emocional, pôde-se observar o desgaste físico pelo comprometimento na qualidade do sono (paciente a solicita por diversas vezes ao longo da noite), pelas dores por todo corpo (resultado do esforço físico em carregá-lo, levantá-lo, banhá-lo e vestí-lo) e pelo aumento acentuado no números de cigarros consumidos ao longo do dia. Ela parece estar bastante consciente da realidade da doença tanto no que se refere a progressão dos sintomas e a necessidade de cuidados especiais, quanto ao fato da doença ser incurável. Mesmo assim, foi notado que a cuidadora não contradiz o paciente em seus momentos de barganha e negação. Além da cuidadora principal, o paciente conta com o carinho dos filhos e netos sempre presentes. A dinâmica da família releva o quão fundamental é o apoio familiar no enfrentamento da doença.

No que se refere à experiência como tutores, vale ressaltar a receptividade da família ao projeto, assim como a necessidade de escuta e

acolhimento de seu sofrimento, manifestada por cada um de seus membros. Nota-se que a visita é momento diferenciado onde o paciente demonstra grande alegria com a chegada dos tutores. São freqüentes os comentários sobre a mudança de humor do paciente que estava a se lamentar por sua situação antes da visita. Por outro lado, a visita domiciliar é também um momento especial para a cuidadora que pode expressar o que tem observado em termos de evolução da doença de seu marido e também pode falar sobre suas dores físicas conseqüentes do esforço que demanda o cuidado de um paciente com ELA. A cuidadora freqüentemente comenta sobre a irritação e a revolta do marido vendo-se nessa situação, sendo o momento da visita a oportunidade que ela tem de ter alguém que possa ouvi-la, sem sugerir nada ou mesmo interferir, verbalizando seu sofrimento.

A experiência do Projeto Tutor tem promovido nos tutores o desenvolvimento da escuta, a ampliação da concepção de acolhimento e compreensão do sofrimento alheio, além de fornecer subsídios imprescindíveis para aqueles que estão em formação na área de Psicologia.

Em nossos últimos apontamentos cabe a reflexão sobre a postura de nossa sociedade sobre o paciente com doença incurável. Se os últimos dias, meses e anos de vida de um paciente com doença incurável e terminal é quando normalmente se escuta que não há mais nada a ser feito, queremos ressaltar que nossa experiência como tutores nos mostra justamente o contrário. Considerando que o ser humano é formado por corpo, mente e espírito, nos parece evidente que, no caso de ELA, apenas o campo físico adoece e que os demais campos seguem necessitando de cuidados e apoio até que a vida física chegue a seu fim, quando ainda nos restará acolher os que aqui ficam, seus cuidadores.

Referências bibliográficas:

KÜBLER-ROSS, E. Sobre a Morte e o Morrer. Martins Fontes, São Paulo, 2005

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ESCLEROSE LATERAL AMIOTRÓFICA. ABRELA: informação e documentação: atualização 2010. São Paulo.

CUIDANDO DE UM FAMILIAR CUIDADOR DE UM PACIENTE COM ESCLEROSE LATERAL AMIOTRÓFICA

Suzana Ribeiro
Isana Ribeiro
Antonio Geraldo de Abreu Filho
Ana Luiza Steiner
Leila Cury Tardivo
Acary de Souza

RESUMO

É fundamental que o cuidador ou cuidadora tenha um olhar sensível para as dificuldades do paciente com Esclerose Lateral Amiotrófica. As necessidades físicas e emocionais atendidas, proporcionarão uma melhor qualidade de vida para esse paciente.

Nesse trabalho iremos abordar as dificuldades emocionais de uma mãe/cuidadora de um filho com Esclerose Lateral Amiotrófica e a necessidade de apoio emocional e escuta especializada para que consiga enfrentar esse processo de maneira menos sofrida. Essa mãe lida com a situação de um filho que há onze anos cria uma dependência gradativa dela e que atualmente apresenta dependência integral no percurso inexorável de uma doença sem prognóstico de cura, com piora progressiva, aproximando-se da morte. Seu cotidiano é sobrecarregado com uma estafante e estressora atividade de cuidados diários prestados ao filho.

Na abordagem da dinâmica da relação mãe/cuidadora, daremos ênfase no fato de que também essa cuidadora/mãe se implica numa forma de dependência, na dinâmica do cuidado que presta ao filho portador de Esclerose Lateral Amiotrófica.

Durante cinco anos no trabalho de tutoria com esse paciente e sua cuidadora/mãe, pudemos observar uma vivência de desamparo e ambivalência de sentimentos vividos no par amor e ódio, que se apresenta na relação mãe/cuidadora - filho. Para essa mãe/cuidadora percorrer os caminhos de uma doença incurável, com piora progressiva até a morte de seu filho é exigido de si mesma formas de superações sucessivas, algumas vezes difíceis

de alcançar resultando na negação de sentimentos de fracasso, ameaça e culpa.

Palavras-chaves: ESCLEROSE LATERAL AMIOTRÓFICA, CUIDADOR, SUSTENTAÇÃO

Nesse trabalho trataremos das dificuldades emocionais de uma mãe/cuidadora com seu filho, decorrente de observações realizadas por uma dupla de psicólogas, participantes do Projeto Tutor (ABRELA/USP), em atendimentos domiciliares semanais. Abordaremos as alterações ocorridas na vida de D.Maria (nome fictício, 73 anos) cuidadora e mãe de Carlos (nome fictício, 51 anos), portador de Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA). O objetivo da tutoria é dar-lhes apoio emocional e escuta especializada para que consigam enfrentar esse processo da doença de maneira menos sofrida.

Utilizaremos o referencial teórico psicanalítico para desenvolvermos esse estudo.

O que é ser um cuidador?

As publicações atuais têm considerado como cuidadores todos os indivíduos que dispensam cuidados a terceiros.

Para a pessoa que irá exercer essa função, de cuidador ou cuidadora, é fundamental ter um olhar sensível para as dificuldades do paciente em questão, atendendo às suas necessidades físicas e emocionais a fim de lhe proporcionar uma melhor qualidade de vida. É importante saber qual o problema de saúde que afeta o paciente, que cuidados ele precisa e como resolvê-los. Os cuidados variam desde a higiene pessoal e das roupas, alimentação, controle e administração de medicação, acompanhamento dos procedimentos médicos e fisioterápicos, até pequenos passeios ou momentos de lazer dentro de casa.

Os horários devem ser respeitados tanto para a higiene e alimentação quanto para os medicamentos.

O cuidador assume um papel que lhe é imposto pela circunstância e por um desejo de conseguir ajudar o paciente. O cotidiano do cuidador é radicalmente modificado pela doença. Da. Maria como cuidadora, por exemplo, desde então deixa de lado todos os seus interesses pessoais e sociais para satisfazer as necessidades e os interesses pessoais de seu filho. Prioriza a dedicação ao filho em detrimento do lazer.

A tarefa com os cuidados diários com o doente provoca estresse e desgaste relacional, daí a importância de se contratar um cuidador formal, alguém que não possua vínculo de parentesco familiar. No caso de Da. Maria,

por questões financeiras, tampouco consegue contratar uma pessoa para os serviços domésticos e nem alguém para dividir as tarefas. Para sozinha dar conta delas, aos 73 anos de idade, é natural que se sobrecarregue e que o estresse se manifeste como decorrência dessa sobrecarga física e emocional. Pudemos observar de fato o estresse de Da. Maria em várias situações como, por exemplo, ter que sair para compras e pagamento de contas, num espaço curto de tempo, se vendo obrigada a chegar com brevidade pelo fato de ter deixado o filho sozinho em casa; louça acumulada por priorizar o atendimento às necessidades de Carlos; poucas horas de sono, pois demora muito tempo para ajeitar o filho para dormir e acorda várias vezes à noite para atendê-lo.

Percebemos, no decorrer de cinco anos de tutoria ao paciente Carlos e sua mãe cuidadora, a necessidade de informações e instrumentalização para lidar com as limitações impostas pela doença, pudemos observar a vivência de desamparo decorrente dessa situação, assim como uma ambivalência de sentimentos vividos no par amor e ódio, decorrentes dessa relação. Estamos participando do processo de adoecer e morrer de um ser humano, cuidado por seu familiar “mãe” e ambos são sujeitos que buscam nossa intervenção como instrumentos para suportar esse momento difícil de suas vidas, na relação de cuidado e (inter) dependência. Essa interdependência entre eles tem se tornado cada vez maior pela dificuldade em incluir um outro familiar no cotidiano dos cuidados.

O atendimento psicológico tem sido importante nesse momento devido a alterações emocionais que ocorrem em todos os envolvidos.

Segundo Ross (1991), há vários sentimentos que são experimentados pelos familiares durante o processo de uma doença crônica.

Primeiramente, o paciente e seus familiares, especialmente seu cuidador, deparam-se com um choque inicial e sentimento de negação. A negação funciona como um pára-choque depois de notícias inesperadas e chocantes, deixando que o paciente se recupere com o tempo, mobilizando outras medidas menos radicais. Num segundo momento, é mobilizado raiva e fúria havendo questionamentos sobre o porquê deste fato. Em seguida ocorre a tentativa de barganhar ou adiar o inevitável. A maioria das barganhas são feitas com Deus e são mantidas geralmente em segredo, ditas nas entrelinhas ou no confessionário, fazendo promessas para se conseguir a cura.

Após esse momento vem a depressão, havendo lugar para sentimentos como raiva, tristeza e perda. O paciente está prestes a perder tudo e todos a quem ama. Se deixarmos que exteriorize seu pesar, aceitará mais facilmente a situação e ficará agradecido aos que puderem estar com ele neste estado de depressão sem repetir constantemente que não fique triste.

No final, se aceita a condição do paciente. Nesse momento é importante que o paciente, familiares e cuidador recebam as informações necessárias da equipe médica sobre o estado do paciente, a evolução da doença, para que o cuidador possa atender todas as necessidades do paciente.

D.Maria é cuidadora e mãe de um portador de Esclerose Lateral Amiotrófica, também conhecida como ELA. Para essa mãe/ cuidadora percorrer os caminhos de uma doença incurável, com piora progressiva até a morte de seu filho é exigir de si formas de superações sucessivas, algumas vezes difíceis de alcançar resultando na negação de sentimentos de fracasso, ameaça e culpa.

ELA é uma doença degenerativa, progressiva, sem prognóstico de cura até o momento. Apresenta comprometimento na motricidade dos membros superiores e inferiores, na fala, na deglutição e até mesmo na respiração. As partes não afetadas são o raciocínio intelectual, a visão, a audição, o paladar, o olfato e o tato. A causa da doença atualmente não é conhecida.

Carlos encontra-se totalmente dependente de sua cuidadora nesse momento. Desde o inicio do diagnóstico, tanto D.Maria como seu filho, buscam esclarecimento e novas possibilidades de tratamento para a doença e principalmente não se cansam de lutar pela dignidade de vida.

Nesse difícil momento se revela o desamparo do ser humano, experiência que se vai revivendo ao longo da vida, desde o nascimento.

Em Inibições, Sintomas e Angústia, Freud (1926/1980) fala da prematuração do ser humano ao nascer que, diferente da maioria dos animais, chega ao mundo com a necessidade radical de ser cuidado. Ao longo da vida, a cada vez que o ser humano se depara com uma situação de perigo, lhe sobrevém o desamparo, demandando um pedido de ajuda.

Desde o inicio do adoecimento de Carlos, sua mãe passou a ser sua cuidadora e, ao longo da tutoria, sempre que possível, temos nos preocupado em fazer com que ela se atente para seus sentimentos que emergem na lida diária com o cuidado dedicado ao seu filho.

A reflexão é uma proposta para se pensar na relação de dependência e cuidado na aproximação da morte, o que a leva a pensar na perspectiva de suas possibilidades pessoais de adoecimento e na sua própria finitude. É desse modo que poderemos estar disponibilizados para a entrega a uma reflexão sobre a nossa própria vida.

Nesse percurso nos deparamos com um confronto de amor e ódio, com a onipotência e a capacidade de compartilhar, vergonha, repugnância, e o cuidado com o corpo. Por exemplo, no momento em que Carlos passou por um problema intestinal (muita diarréia) decorrente de complicações na evolução da

doença, Da. Maria comentou o constrangimento e a dificuldade em fazer a higiene do filho.

Winnicott (1963) ressalta que a experiência do ódio e do amor simultâneos, que implicam na conquista da ambivalência, levam ao enriquecimento pessoal do bebê e ao surgimento da preocupação, entendida como a responsabilidade por seus próprios impulsos instintivos e as funções que dele fazem parte. A ambivalência se dá quando se tornou capaz de combinar a experiência erótica com a agressiva e relativa a um único objeto. A maioria dos processos que se iniciaram na infância continuam através da vida adulta.

Nas relações humanas que construímos somos habitados por amor e ódio. Enquanto o amor prevalecer o cuidado existe, se for o ódio que passa a prevalecer, não basta reconhecê-lo no contexto do cuidado. É muito importante que haja um redirecionamento das ações do cuidar, de modo que o cuidador possa exercer um controle sobre a realidade da dominação, da tirania e do julgamento a que procedem. Dessa forma, o ódio pode liberar-se para estar a serviço do sentimento amoroso, na ação solidária de cuidar do outro.

É necessário instruir os familiares nas especificidades da prática do cuidado, assim como atentar para os sentimentos que emergem na lida diária com o doente, como meio de entender e enfrentar esse papel. O cuidador também necessita de cuidados. Sentindo-se apoiado, adquire forças para continuar ao lado do enfermo, até mesmo nos piores momentos.

Portanto, é de fundamental importância o acolhimento e o suporte psicológico, afetivo e emocional aos pacientes portadores de ELA, seus familiares e respectivos cuidadores, a fim de contribuirmos para o alívio da angústia e do sentimento de culpa, assim como possibilitarmos o alívio do sofrimento nesse processo de tantas perdas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRELA – Esclerose Lateral Amiotrófica – Atualização 2010 – São Paulo – SP. 2010.

FREUD, S. – (1926) Inibições, Sintomas e Angústia . Vol 20. Ed. Standart Brasileira. Imago. Rio de Janeiro – RJ. 1980

PEREIRA, L. L. e DIAS, A. C. G. – O Familiar Cuidador do Paciente Terminal: o Processo de Despedida no Contexto Hospitalar. In *Revista Psico*. 38 (1): 55-65. 2007

PY, L. – Cuidar do Cuidador: Transbordamento e Carência. In *Revista Brasileira de Cancerologia*. 50 (4): 346-350. 2004

STEINER, A. L. F., ABREU FILHO, A. G., e outros – Parceria Abrela/Apoiar: O Papel da Psicologia Clínica Social no Relato de Experiências Vividas nas Visitas Domiciliares feitas aos Pacientes com Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA) e Alunos de Psicologia. In *Apoiar: Novas Propostas em Psicologia Clínica*. Sarvier Ed. São Paulo – SP. 2008

WINNICOTT, D. W. – (1963) O Desenvolvimento da Capacidade de se Preocupar. In *O Ambiente e os Processos de Maturação*. Artmed. Porto Alegre – RS. 1983

A DOR IRREPRESENTÁVEL: O CASO CLÍNICO DE UM ADOLESCENTE EM DESESPERO

Sandra Aparecida Serra Zanetti [42]
Maria Aparecida Mazzante Colacique [43]
Wadad Ali Hamad Leôncio[44]
Leila Cury Tardivo[45]

Resumo:
O presente trabalho tem como objetivo apresentar o caso clínico de um atendimento realizado através do laboratório APOIAR ao longo de três anos e meio de um adolescente que foi abrigado aos oito anos de idade por negligência de cuidados da mãe e por ter sido abusado sexualmente por um membro da família. Embora distante, o adolescente sempre manteve um laço extremamente forte com a mãe e sua falta de recursos internos para lidar com a frustração o levava do extremo da doçura ao da violência. Todo o processo psicoterapêutico ao longo desses anos foi intenso e muito dolorido para a terapeuta que sentia contratransferencialmente toda a dor que esse adolescente nunca pôde sentir porque as "palavras" lhe faltavam. Enfatizaremos o funcionamento insuficiente do pré-consciente e a função do terapeuta nesses casos em que a capacidade de elaboração psíquica do paciente falha.
Palavras Chaves: Negligência; Abuso Sexual; Violência; Adolescência.

*Sandra Aparecida Serra Zanetti –** Maria Aparecida Mazzante Colacique – psicóloga, mestre pela Universidade Metodista e pelo Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.
***Wadad Ali Hamad Leôncio – psicóloga, mestre e doutora pelo Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.
**** Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo – professora associada do departamento de psicologia clínica do Instituto de Psicologia da Universidade

[42] psicóloga, APOIAR
[43] Doutora APOIAR
[44] Psicóloga doutora
[45] Profesora Associada Coordenadora do APOIAR

de São Paulo.

As Palavras...

“Penetra surdamente no reino das palavras.
Lá estão os poemas que esperam ser escritos.
(...)
Chega mais perto e contempla as palavras.
Cada uma tem mil faces secretas sob a face neutra
e te pergunta, sem interesse pela resposta,
pobre ou terrível, que lhe deres:
"Trouxeste a chave?"
(Carlos Drummond de Andrade).

As palavras. Inicio este texto pensando nas palavras e na necessidade de penetrar surdamente em seu reino porque precisarei muito delas para poder aqui representar o que foi quase sempre sentido como irrepresentável neste caso por muito tempo... Palavras que me faltaram neste trabalho de atendimento por diversas vezes. E, finalmente, porque escrevendo esse texto procuro através delas alguma chave.

Foi sempre bastante angustiante estar ao lado de Felipe, desde seus 13 anos, quando o conheci. Uma angústia que tomava o seu corpo e o meu. Ele que era inteiramente corpo, lugar que não estava habituado com palavras. O meu que em contato com sua dor também funcionava como se elas não houvessem. O seu funcionamento era bastante primitivo de ação e reação e por isso tolerava muito pouco ser tratado por meio das palavras, quando por meio delas procurava nos salvar.

As poucas intervenções da terapeuta por muito tempo foram sentidas como uma estranheza que doía. Ele reagia com gestos brutos, chutes em bolas que quase atravessavam a parede da sala de terapia. E a dor era a dor de estar abrigado, de estar longe de sua mãe. Felipe nunca se conformou com isso. Em sua fantasia, o abrigo tinha os afastado, não podia reconhecer que a mãe que cuidou dele era a mesma que não era mais capaz de fazer isso. Um forte mecanismo de idealização o protegia da crua realidade que sempre vinha

lhe visitar quando a mãe não vinha.

Felipe foi abrigado aos oito anos de idade por negligencia de cuidados da mãe com quem morava e por ter sido abusado sexualmente por um membro da família por algum tempo, provavelmente, até que uma vizinha viu e deu queixa. Nesta época o seu pai era falecido. Além disso, tinha mais alguns irmãos mais velhos e uma irmã que sempre morou com a avó, com os quais não tinha qualquer vínculo.

No abrigo Felipe tinha um histórico de muita agressividade com os colegas e com os educadores quando o contrariavam, chegando, inclusive, a quebrar muitas coisas quando ficava nervoso. Embora todo esse comportamento, ele também exibia muita ternura no contato, um grande desejo de amar e se sentir amado. Eram os extremos das emoções: ternura e agressividade apareciam em quase todas as sessões. Mas o que mais pôde ser percebido desde o começo era sua dificuldade de conter a frustração por pequeninos “nãos”.

Devido a um ódio e um amor intensos, durante muito tempo foi muito difícil para a terapeuta estar com Felipe. O seu humor, extremamente vulnerável a qualquer interferência do ambiente, levava-a a sentir medo, em muitos casos, porque mesmo com 13 anos já se apresentava como um menino bastante forte e apesar de demonstrar ser uma criança pequena por dentro, tinha um corpo que se apresentava cada vez maior, por fora.

Felipe sempre amou demais uma mãe que superava sua capacidade de tolerar a frustração. Combinava sua ida ao abrigo e não cumpria, combinava finais de semana juntos e não aparecia. Para Winnicott (2000) só poderá existir saúde se a mãe suficientemente boa pôde falhar conforme as possibilidades do bebê, após ter-lhe oferecido viver um período de onipotência. Não poderemos saber se este menino foi um bebê que pôde viver esta onipotência e como esta mãe foi para ele até seus oito anos. Sabemos que ela sempre fora uma mãe atenciosa e carinhosa quando presente, mas possuía grande dificuldade e falta de recursos para conseguir se organizar na vida. Ela nunca conseguiu manter um emprego e ter uma residência fixa. Inclusive, quando Felipe foi abrigado estava na rua pedindo esmolas.

A falta de palavras...

Vítima de abuso sexual quando pequeno, em 2009 começou a apresentar um comportamento de repetição do trauma vivido. Aliado à sua força e agressividade, isto foi um comportamento altamente condenável pelos educadores do abrigo que passaram a lidar com ele de maneira como se cada vez mais ele fosse indesejado. Realmente, tratava-se de um comportamento anti-social, já que escolhia crianças para seduzir e isto preocupava todo o abrigo. Nesta época ainda era bem pouco acessível à terapeuta e foi bastante sofrido para ele começar a conversar sobre estas questões com ela, porque ele não conversava, sobre nada. A terapeuta sentia que qualquer palavra que lhe dirigisse caia num vazio... num buraco realmente profundo, talvez no buraco em que este adolescente se encontrava.

Na falta de recursos para elaborar aquilo que é da ordem do insuportável, do irrepresentável, só lhe restava atuar. Toda a sua dor e indignação ficavam para a terapeuta e os funcionários do abrigo sentir.

A partir de Freud, Kaës (2005) considera o pré-consciente "como o sistema do aparelho psíquico no qual se efetuam os processos de transformação que certos conteúdos e processos inconscientes sofrem para retornar à consciência" (p. 67), *ligando coisa à palavra*. Além disso, "as capacidades associativas e interpretativas, vitais para a psique, está inserida neste sistema" (p. 67), processos que se relacionam com sublimação e simbolização. Entretanto, o autor evidencia que esses processos e as organizações do pré-consciente são *parcialmente dependentes da vida psíquica do outro,* e relembra que a própria atividade e formação do pré-consciente dependem, em parte, da capacidade de devaneio (BION, 1966) do outro.

Acreditando que Klein (1933/1967; 1981) não tira consequências significativas de seu conceito de "identificação projetiva", Kaës (2004) apoia-se nos estudos de Bion (1966; 2003) e de Meltzer (1993), que embora inscritos na filiação kleiniana modificam sua orientação, segundo ele. Segundo Kaës (2004), Bion (2003) concebe o sonho como o "primeiro estado na formação do pensamento: o sonho dá forma às experiências emocionais, tece laços entre a vida fantasmática e a realidade externa" (p. 22). Bion (1966), assinala Kaës (2004), descobre uma função essencial exercida pela mãe para que o bebê

elabore a percepção de sua experiência emocional e “denomina-a de função-alfa e caracteriza-a pelo fato de que a mãe metaboliza e interpreta o que o bebê não pode conter e elaborar. Os elementos que ela produz permitem que ele crie sua própria função-alfa” (p. 22).

Portanto, segundo Bion (2003), a mãe pode possuir um estado de espírito receptivo, capaz de acolher as identificações projetivas do bebê, sejam elas boas ou más, e denominou este estado de “capacidade de devaneio”, em que exerce a função-alfa por seu filho. Esta atividade definida como função-alfa por Bion (2003) é semelhante a que Freud (1939/2006) denomina de função pré-consciente e é, apropriadamente, neste sentido que Kaës (2005) estabelece que a atividade do pré-consciente depende parcialmente da vida psíquica de um outro.

Kaës (2004) defende, portanto, que os processos de estruturação e de manutenção da capacidade do pensamento, os processos elaborativos, ou seja, as funções do pré-consciente, desde o início da vida, e principalmente no início, dependem da capacidade de “holding onírico” da mãe ou de um outro. Isto é, à medida que se cumprem certas funções de continência, de hospedagem e de transformação dos pensamentos.

Nesses termos, a falência do pré-consciente, para Kaës (2005), tem como efeito a confusão entre o dizer e o fazer entre a ação e a representação, e considera que os mesmos efeitos operam nos vínculos intersubjetivos. Nesta perspectiva, para o autor, as falhas do pré-consciente traduzem-se em *actings* violentos e na raiva do pensamento, como podiam ser vistos em Felipe.

Como já dito, não podemos saber sobre os sonhos de sua mãe, nem se ela pôde ajudá-lo a elaborar seus sonhos não sonhados ou interrompidos, como aponta Ogden (2010), *mas essa é a função do terapeuta*, principalmente nesses casos tão difíceis porque a capacidade psíquica de elaboração é tão defasada que despeja toda a angústia, dor e violência em quem estiver fora, e no terapeuta. Caberia então ao terapeuta a capacidade de receber toda a dor e a angústia, ajudando o paciente a transformá-la em algo mais tolerável, emprestando seus mecanismos oníricos, a capacidade de devaneio, suas funções pré-conscientes.

Então foram necessárias muitas sessões de supervisões para dar sentido ao irrepresentável, ao ódio, ao desprezo, ao sentimento de desamparo e, principalmente, à falta de esperança!

Em meados de 2010, sua mãe sofre um acidente grave e fica hospitalizada. Justamente numa época em que estava conseguindo se organizar um pouco mais com um emprego e uma moradia, e requeria para si a guarda do Felipe. Esse estava bastante contente com o fato e pensava em fazer suas malas quando soube do acidente.

Foi um momento de perda total de esperança para este menino que piorou muito nos seus comportamentos de agressividade e de abuso sexual em relação às outras crianças. Um pedido desesperado por um vínculo, ainda que desta maneira, já que foi a única forma que construiu de se relacionar neste abrigo. As queixas do abrigo aumentaram e pensaram de encaminhá-lo a alguma casa de detenção. A terapeuta ficou profundamente alarmada com esta possibilidade e reuniões foram agendadas para que os educadores do abrigo pudessem pensar em Felipe do modo que pensávamos.

Uma medida que o abrigo encontrou foi medicá-lo para que o comportamento compulsivo de abusar das crianças fosse interrompido. Atualmente, está medicado e uma medida que a terapeuta pôde tomar foi aumentar o número de sessões de uma para duas por semana.

A sensação da terapeuta foi de que, apesar de a mãe ainda estar internada e sem qualquer esperança de sair do hospital, ele sentiu essa rede se formando de preocupações com ele e de vontade de ajudá-lo a ponto de se acalmar um pouco. O efeito de duas sessões semanais foi notável. Apresentou-se muito mais carinhoso e muito menos agressivo na terapia, bem como no abrigo, e estava mais presente e estudioso no seu reforço escolar.

Nessa época em uma sessão quando a agressividade parecia estar pronta para explodir, porque não conseguia acertar as bolinhas de gude, consegue se acalmar e começar novamente o jogo. A terapeuta então lhe aponta o quanto essa estratégia de parar e pensar numa outra maneira de acertar as bolinhas foi importante para que pudesse realmente continuar a aproveitar a brincadeira. Ele ouve e parece entender. Demorou 14 anos para se alfabetizar, foi no processo da terapia que isso ocorreu.

Foram necessários também quase dois anos ou mais de terapia para estabelecer um laço significativo e seguro com esse adolescente. Somente depois de aumentado o número de sessões e após a reunião no abrigo que ele se sentiu seguro e confiante neste laço. Essas ações tiveram um efeito significativo porque a possibilidade de pensar e tolerar a frustração pareceram um pouco maiores nessa época. A representação ao invés da ação pôde tomar lugar dentro dele por meio de um vínculo suficientemente bom entre paciente e terapeuta, que o ajudava a conter o intolerável, a dar nomes às dificuldades, aos sentimentos, à falta que sentia da mãe e principalmente ao medo dela morrer, porque ele sabia que ela corria riscos. Eram as palavras!

Um desfecho em desamparo...

Em meados de julho de 2010, quando as crianças do abrigo voltam para seus lares para visitar seus parentes, Felipe ficava no abrigo sem muito que fazer. Não podia ir visitar sua mãe no hospital também porque o abrigo contava com menos funcionários em função das férias. O número de sessões também tinha diminuído porque a terapeuta nesta época precisou fazer algumas viagens. Seu sentimento de solidão aumentou de forma significativa.

A ação voltou a tomar o lugar da representação e se perderam novamente as palavras. Principalmente quando, no final desse mês, ele fica sabendo que sua mãe havia falecido. Então, algo da ordem do insuportável novamente toma conta dele de uma maneira incontrolável e ele foge. Foge da realidade dura de mais para ser verdade!

Felipe passou a se relacionar com meninos de uma comunidade próxima ao lar. E ele foge para lá quase todos os finais de semana, ficando ausente por dias. Nos finais de semana fica mais insuportável a ausência da mãe porque era quando sua presença era possível. Os funcionários do abrigo estão em desespero puro porque suspeitam de uso de drogas, de violências sexuais e de morte.

Em outra reunião com a equipe técnica do abrigo, a terapeuta comenta que a dor que eles sentem, a angústia que qualquer um sente ao entrar em contato com esse caso, é a dor que ainda não pôde ser vivida e que não tomou qualquer forma dentro dele. Num funcionamento preponderantemente

“esquizo-paranóide”, que envolve um quadro em que cisões são predominantes, e mecanismos de defesa primitivos, como a negação e a recusa da realidade, ele segue num faz-de-conta insipiente e cheio de buracos sujeito a quedas nos abismos de si mesmo.

Uma mãe que concentrava toda esperança dentro dele se foi. Será preciso um longo trabalho para que essa dor encontre algum lugar em que possa se alojar com um certo conforto, será preciso muito tempo. E esse tempo o abrigo não tem. Pensam em interná-lo ou transferi-lo de abrigo para que possam ser desfeitos os “laços de desespero” que ele criou com esse grupo de amigos que aparentemente lhe dá tudo o que quer.

Apesar de tudo, a terapeuta acredita que houve uma construção em toda essa caminhada que pode continuar sustentando esse trabalho: uma base para se sentir seguro, e que poderá encontrar em si e no seu caminho experiências boas que possam lhe oferecer algum sentido para a vida!

E talvez também tenha encontrado a chave: esperança!

Referências

Bion, W. R. *Elementos da Psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar, 1966.

_____. *Aprender com a Experiência*. Rio de Janeiro: Imago, 2003.

_____. Moisés e o monoteísmo: três ensaios. In S. Freud, Moisés e o Monoteísmo, esboço de Psicanálise e outros trabalhos (1937-1939). Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de S. Freud, Vol. XXIII. (pp. 15-150). Rio de Janeiro: Imago, 1939-2006.

Kaës, R. *A Polifonia do sonho: a experiência onírica comum e compartilhada*. São Paulo: Ideias e Letras, 2004.

_____. *Espaços Psíquicos Compartilhados: transmissão e negatividade*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.

Klein, M. Le développement precoce de La conscience chez l'enfant. In M. Klein, *Essais de psychanalyse*. Paris : Payot, 1933-1967.

_____. *Contribuições à Psicanálise*. São Paulo: Mestre Jou, 1981.

Meltzer, D. *Le monde vivant du rêve*. Lyon: Césura, 1993.

Ogden, T. H. (2010). *Esta Arte da Psicanálise: sonhos não sonhados e gritos interrompidos.* Porto Alegre: Artmed.

Winnicott, D. W. *Da Pediatria à Psicanálise*: *obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago, 2000.

RELATO DA EXPERIÊNCIA DE DUAS TUTORAS DE UMA PACIENTE COM ESCLEROSE LATERAL AMIOTRÓFICA E SUA ACEITAÇÃO FRENTE À DOENÇA

Júlia Torres Gonçalves[46]
Valquíria Glugosk[49]
Ana Luiza de Figueiredo Steiner [47]
Antonio Geraldo de Abreu Filho[48]
Acary Souza Bulle Oliveira[49]
Leila Cury Tardivo[50]

Introdução: Experiência de tutoria domiciliar realizada por uma dupla e uma paciente com ELA (Esclerose Lateral Amiotrófica). A solicitação para o trabalho de tutoria foi feita pela própria paciente através do ambulatório da ABrELA.

Objetivo: Demonstrar como o esforço conjugado entre as tutoras e uma paciente com ELA possibilita entendimento e externalização de seus sentimentos em relação à doença, tentando ajudá-la a viver, ao invés de deixá-la "muda" à sua própria condição, acolhendo-a

Método: Análise clínica, com base em estudo de caso, do relato do encontro humano vivenciado entre tutoras e paciente portadora de ELA

Resultados: A paciente demonstra condição psíquica privilegiada no enfrentamento da doença, percebendo sua condição bem como a condição em que seus familiares se encontram na relação com ela e com a doença.

[46] Alunas de graduação de Psicologia da UNIP

[47] Laboratório APOIAR/USP
[48] Laboratório APOIAR/USP/UNIFESP/EPM

[49] UNIFESP/EPM

[50] Laboratório APOIAR/USP

Conclusão: A paciente é capaz de externar seus sentimentos, impotências e pesares, lamenta suas perdas e exaustão. Conta com o apoio e suporte das tutoras que acolhem suas dores no desenrolar da doença, podendo falar inclusive da morte, verbalizando sua gratidão em poder compartilhar seus sentimentos e anseios com as tutoras, uma vez que não encontra a mesma receptividade com os familiares.

Palavras Chaves: ELA (Esclerose Lateral Amiotrófica); Tutoria; Aceitação; Perdas; Doença.

Este trabalho tem como objetivo relatar a experiência de tutoria que vem acontecendo até o presente momento com duas tutoras e uma paciente com Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA).

Segundo o Livreto da Abrela – atualização 2010, a ELA recebe essa nomenclatura devido ser: *Esclerose* significando endurecimento e cicatrização; *Lateral* refere-se ao endurecimento da porção lateral da medula espinhal; e *Amiotrófica* é a fraqueza que resulta na atrofia do músculo, havendo comprometimento dos neurônios motores que vão gradativamente se deteriorando, ficando preservadas as funções sensoriais e intelectuais do paciente.

A paciente que recebeu tutoria tem 50 anos, é natural de São Paulo. No momento da descoberta da doença trabalhava como diretora em uma escola estadual. É formada em Educação Física e deu aula por muitos anos, sendo que nos últimos foi se envolvendo em funções administrativas dentro da escola até chegar à direção. Fala com muito carinho do trabalho que desenvolvia junto a professores, alunos e funcionários.

Os primeiros sinais da doença vieram com cãibras na mão direita e dificuldades para escrever. A paciente aprendeu a assinar com a mão esquerda e continuou trabalhando. Quase um ano depois recebeu o diagnóstico da doença. Disse que não imaginava uma progressão tão rápida, e que se soubesse, logo teria entrado com seu pedido de aposentadoria (pois já tinha tempo suficiente de trabalho) e teria aproveitado para viajar, que é uma das coisas que mais gosta de fazer. Com “todas as fichas caindo”, como ela disse, vem o medo e a

incerteza: "o que não poderei mais fazer amanhã?".

Nos primeiros encontros a paciente falou sobre a vida social ativa que levava com seu marido, familiares e amigos. Mesmo após o diagnóstico, continuava recebendo muitas visitas em casa para churrascos e mantinha a rotina de viajar uma vez por mês para visitar parentes. Disse que o difícil desta doença é não poder se programar para atividades a médio prazo, pois não se sabe qual será a condição física daqui a três meses.

O afastamento do trabalho veio quando a paciente perdeu os movimentos da mão esquerda também, ficando impossibilitada de assinar os documentos. Suas visitas à escola passaram a ser mensais até que cessaram. Um ano e meio após o diagnóstico ela estava completamente afastada de suas atividades profissionais. Em casa a paciente se viu frustrada diante das impossibilidades. Como sempre foi independente e muito ativa, tomando decisões tanto em casa quanto na escola, deparou-se com as limitações inerentes à doença. Afirmou ter que "esperar o tempo dos familiares, e que este tempo nem sempre é o seu". Ela percebeu que, além das questões práticas do dia a dia, estava perdendo o poder de articulação e de diálogo que exercia junto aos familiares.

A paciente é casada há quase 30 anos e tem um casal de filhos. Sua neta nasceu dois meses após seu afastamento da escola. Para ela, os familiares estão sofrendo, mas não conseguem falar sobre seus sentimentos. Acabam se exaltando e brigando muitas vezes. Não querem vê-la sofrer e a repreendem quando ela chora. Segundo Kübler-Ross (2008), manter segredo em relação ao outro cria barreiras artificiais. "O resultado final será muito mais dramático do que para aqueles que podem, às vezes, conversar e chorar juntos."

A paciente diz que não é fácil administrar o sofrimento de cada um. Em alguns momentos tenta falar com os familiares sobre os desdobramentos da doença, e até sobre a proximidade da morte, mas eles desconversam e pedem para ela não "falar besteira". Disse que gosta dos encontros com as tutoras e se sente à vontade para falar sobre seus sentimentos e até para chorar. Compartilhou que é bom poder chorar sem que ninguém lhe diga para “engolir o choro”. Ela diz entender a preocupação da família em relação ao choro – é mais difícil respirar quando chora e os engasgos são freqüentes, mas que a todo momento dizem que ela não deve chorar e isso a ressente. Disse saber que eles querem seu bem, que não querem que ela fique deprimida, nem ela quer ficar, pois não

resolveria nada, mas que às vezes é preciso desabafar.

Em encontros recentes a paciente comentou que, ao acordar numa noite, percebeu que seu marido estava chorando. Disse que ele não falou nada com ela a respeito, que no início da doença até se abria um pouco, mas que agora ele não comenta mais nada, só que está "muito cansado". Falou que às vezes o marido cogita até melhoras no quadro dela, mas que não sabe se ele fala assim para se iludir ou para agradá-la. Disse que ele parece fugir da realidade, pois há um ano ela ainda andava, e agora nem seu pescoço segura mais sua cabeça. A paciente diz ficar muito triste com o avançar da doença, mas que "precisa seguir, pois sabe que não tem mais volta".

Demonstra condição psíquica privilegiada no enfrentamento da doença, percebendo sua condição, bem como a de seus familiares. Lamenta suas perdas e está cansada, mas afirma procurar viver um dia de cada vez. Para tanto, ela espera ver o que vai acontecer para depois pensar como se sente a respeito – isso evita desgaste desnecessário, segundo ela. Diante dos desafios que se impõem, busca novas alternativas a fim de se adaptar às limitações. Disse que às vezes se questiona se, com esta postura, não está desistindo de lutar, mas percebeu que esse é seu "jeito de funcionar". Ela disse que não é que se conforme com a doença, mas busca se adaptar, pois conhece sua progressão. Enquanto pôde pesquisou na internet a respeito dos desdobramentos da ELA e se informou sobre cada etapa que passaria. Mesmo com todas as informações, diz ser difícil encarar cada nova perda. Falou que é "como arrumar as malas para uma viagem, mas continuar usando as roupas, ou não saber o que levar". Contou que quando sua voz começou a falhar, ficou muito abalada, e sabe que quando perder totalmente vai ficar muito mal, pois uma das coisas que mais gosta de fazer é conversar. Diz que não tem medo de morrer, que nunca teve, pois como cristã, acredita em vida após a morte. Comentou que no início se desesperou, mas que depois foi se acalmando. Lamenta apenas a espera – que é muito dura e angustiante – e a lentidão do processo. Comparou-se a um bebê que não tem controle de seus próprios movimentos, só que os movimentos do bebê vão se fortalecendo e se estruturando, e os dela vão diminuindo e perdendo as forças a cada dia e com rapidez assustadora. Em encontros mais recentes, disse que um dia em que engasgou e ficou sem ar, pensou que fosse morrer, e que agora fica

imaginando quais serão os sinais que anunciarão sua morte (falta de ar, formigamento, taquicardia?). Disse que gostaria de "morrer que nem passarinho: dormindo".

A paciente diz que sonha todas as noites, e que em seus sonhos nunca está doente. Comentou que outro dia sonhou que caminhava por lugares que já havia visitado e que quando acordou, tentou mexer alguma parte de seu corpo, pois o sonho era tão real que ela tinha a sensação de estar acordada. Os sonhos representam um combustível para a paciente; são gratificações, satisfação e realização interiores.

A aceitação da paciente, "seu jeito de funcionar", revela sua boa condição psíquica. Augras (2002), diz que saúde e doença não representam opostos, são etapas de um mesmo processo. "A saúde do indivíduo será avaliada em sua habilidade para não só manter o equilíbrio, mas também para superar a crise do ambiente." Essa habilidade foi identificada ao longo de um ano de tutoria. Ela demonstra aceitar a doença e a situação que vai lhe sendo imposta. Busca se equilibrar a cada nova mudança. Tenta integrar os familiares, ajudando-os a compreender o que se passa. Não se apega a pensamentos milagrosos de cura, mas mantém vivo o sorriso, apesar do desgaste das batalhas que trava diante de situações aparentemente insustentáveis, sustentando suas angústias acima de tudo.

Kübler-Ross (2008) apresenta cinco estágios do morrer: negação e isolamento; raiva; barganha; depressão; e aceitação. A aceitação seria o final do processo, juntamente com o pesar preparatório e a decatexia, que é um estado de introspecção do paciente, que pode aparecer quando a morte se aproxima. O que se identifica nesta paciente é a aceitação permeando todo o processo, e por isso ela se destaca dos demais pacientes que são relatados em supervisão que temos acompanhado. Segundo Kübler-Ross (2008), não se deve confundir aceitação com um estágio de felicidade. "É quase uma fuga de sentimentos. É como se a dor tivesse esvanecido, a luta tivesse cessado e fosse chegado o momento do 'repouso derradeiro antes da longa viagem'."

Podemos constatar a importância da tutoria para a saúde emocional e para a qualidade de vida da paciente, uma vez que ela encontra espaço para ser ouvida sem repreensões ou críticas. Seu sofrimento e perdas são acolhidos,

assim como seus medos e expectativas. Segundo ela, é diferente falar com as tutoras e com seus familiares. "Quando fico chateada, evito chorar na frente da minha família, pois eles não gostam de me ver chorando; mas quando estou com vocês, consigo me abrir. Esse espaço para conversa tem sido importante para mim." Kübler-Ross (2008) afirma ter aprendido que "a morte em si não é um problema para o paciente, mas o medo de morrer nasce do sentimento de desesperança, de desamparo e isolamento que a acompanha". Por isso é fundamental estar junto, acolher, ouvir e respeitar o paciente e seus familiares.

REFERÊNCIAS:

ABRELA – MANUAL atualização 2010

KÜBLER-ROSS, E. *Sobre a Morte e o Morrer.* São Paulo: Martins Fontes, 2008, 9ª ed., p. 118, 174 e 273.

AUGRAS, M. *O Ser da Compreensão:* fenomenologia da situação de psicodiagnóstico. Petrópolis: Vozes, 2002, 10ª ed., p. 12.

TUTORIA AO PACIENTE COM ESCLEROSE LATERAL AMIOTRÓFICA: UM ESTUDO DE CASO

Eduardo Hirata[51]

Monique Sayuri Xavier Shiroma[52]

Ana Luiza de Figueiredo Steiner [3]

Antonio Geraldo de Abreu Filho4

Leila Cury Tardivo5

Acary Souza Bulle Oliveira6

RESUMO

Este trabalho discute a experiência de atendimento de tutoria domiciliar a uma paciente com Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA). O Projeto Tutor esta vinculado ao Laboratório APOIAR do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo em forma de parceria com a ABrELA (Associação Brasileira de Esclerose Lateral Amiotrófica) desde 2003.Consiste no atendimento domiciliar aos pacientes com ELA realizado pelos alunos de graduação em psicologia com o objetivo de desenvolver a escuta e o olhar dos mesmos proporcionando o acolhimento aos pacientes. A ELA é uma doença neurodegenerativa, progressiva sem prognostico de cura, caracterizada pela degeneração dos neurônios motores. O estudo de caso da paciente fala sobre o desenvolvimento da tutoria ao longo de quase sete meses. A principal questão

1[51] Aluno do curso de Graduação em Psicologia pela Universidade de São Paulo; e-mail: edhirata@gmail.com

2. Aluna do curso de Graduação em Psicologia pela USP ; e mail monique.shiroma@usp.br

3. Mestre pela Psicologia Clinica da USP.[52] Pesquisadora do APOIAR e coordenadora do Projeto ABrELA-USP pelo Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social USP; e-mail: steinfigueiredo@hotmail.com

4. Doutorando da UNIFESP/EPM, .[52] Pesquisador do APOIAR e coordenador do Projeto ABrELA-USP pelo Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social USP; e-mail: anbeot@uol.com.br

5. Coordenadora do_Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social USP; e-mail; tardivo@usp.br

6. responsável pelo setor da neuromuscular UNIFESP/EPM

que permeia os atendimentos até o momento é o estabelecimento do vínculo e da confiança entre paciente e tutores. Há um gradual processo de vinculação por parte da paciente, pois a mesma demonstra no inicio do processo que os tutores não vão dar sustentação necessária ao seu sofrimento psíquico. Aos poucos esta situação vai se revertendo à medida que a relação de confiança vai se estabelecendo gradativamente visto que ela começou a entrar em questões mais profundas e pessoais.

Palavras-chave: paciente terminal, tutoria, esclerose lateral amiotrófica.

INTRODUÇÃO

A Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA) é uma doença neurodegenerativa progressiva sem prognostico de cural, caracterizada pela degeneração dos neurônios motores (superior e inferior). O termo esclerose remete a endurecimento e cicatrização. Lateral refere-se à área da medula espinhal afetada pelo endurecimento decorrente da morte dos neurônios motores superiores. A ELA afeta predominantemente a musculatura dos membros, tanto superiores quanto inferiores sendo aqueles mais predominantes, seguindo-se o comprometimento bulbar, normalmente de caráter assimétrico. Portanto a ELA significa um comprometimento dos neurônios motores e fraqueza muscular secundária, sendo que em muitos casos cãibras são queixas comuns nos pacientes, tanto antes quanto depois da instalação dos sintomas (ABrELA).

A progressão da doença afeta gradativamente e de forma intensa a qualidade de vida tanto de pacientes quanto de cuidadores e familiares, que, não raro, são mesma pessoa: quem exerce todos os cuidados é alguém da própria família. Essa piora reflete o fato de que as deficiências (motoras e de comunicação) vão progressivamente se acumulando e se agravando, exigindo, portanto, um trabalho multidisciplinar para um melhor amparo ao paciente.

É a partir dessa conjuntura que a Psicologia se insere, pois não raro um diagnóstico de uma doença comprovadamente fatal potencializa estados depressivos. Sentimentos como medo, raiva e preocupação aparecem logo de início. O acompanhamento deste paciente, juntamente com seus familiares/ cuidadores, encoraja-os a compreender que não estão sozinhos nessa jornada, ajudando-os a tomar consciência do seu estado, permitindo a eles desabafar seus medos, resolver questões pendentes, despedir-se e ficar em paz consigo mesmos e com seus familiares para uma morte mais tranqüila e humana (Ross, 1992).

Esse seria o papel dos tutores nessa abordagem multidisciplinar: amparar, acolher, olhar e escutar o paciente com ELA, bem como seus familiares, criando um ambiente suficientemente acolhedor (Winnicott, 1965), possibilitando “a sustentação (holding) necessária à retomada de seu amadurecimento pessoal (...) e promotor da valorização do viver” (Tardivo e Gil, 2005).

MÉTODO

O Projeto Tutor consiste em visitas semanais à casa do paciente, realizadas por uma dupla de estudantes do curso de Psicologia da Universidade de São Paulo. Além disso, são realizadas supervisões, também semanais. Antes de os tutores iniciarem as visitas à casa do paciente, eles passam por uma preparação de três meses, através de estudos dirigidos sobre a doença, bem como sobre a temática da morte, com a finalidade de adquirirem melhor embasamento teórico sobre o assunto. O projeto também conta com a participação dos seus membros em congressos e seminários sobre o tema, como na participação dos tutores na VII Jornada Apoiar (2009), que reforçam o caráter multi e interdisciplinar no enfrentamento dessa enfermidade.

Nas visitas os tutores pretendem oferecer acolhida, escuta e amparo para as angústias do paciente, sem qualquer tipo de intervenção interpretativa

ou que se refira a qualquer operacionalização referente à formação que tenham. Ficam à disposição do que o paciente naquele momento gostaria de fazer, como por exemplo, podem ler um livro, um jornal, assistir televisão ou conversar. As discussões clínicas (supervisão) das visitas domiciliares são realizadas semanalmente, pelos tutores e coordenadores do projeto, em uma sala do IPUSP.

A tutoria é desenvolvida em dois níveis de atuação: Tutor I e Tutor II. Na primeira etapa (Tutor I) são realizadas doze visitas domiciliares, sendo que nesse período é feito um estudo de Qualidade de Vida dos pacientes, por meio da aplicação, no início e no término das doze visitas, do Questionário de Qualidade de Vida McGill. Já o Tutor II é proposto após o término da etapa anterior, com a possibilidade de prosseguirem o atendimento, no caso de haver interesse por parte do paciente e dos tutores. Nessa fase podem ser feitas pequenas intervenções, a partir do relato do paciente, buscando, assim, abrir espaço para que ele possa compreender melhor aquilo que aparece em seu discurso, visando, dessa maneira, um maior aprofundamento. Da mesma forma, são mantidas as discussões clínicas das visitas domiciliares com freqüência semanal.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Segue abaixo um quadro resumindo da paciente Helena (nome fictício)

Helena tem 56 anos, é do sexo feminino, solteira e mãe de dois filhos homens.

Quadro geral da doença antes do primeiro atendimento: diagnóstico da doença há cinco anos. A paciente apresenta movimentos no corpo todo, porém com fraqueza generalizada. Sua fala permanece preservada, porém também prejudicada. Dorme com auxilio do Bipap. Mora com a mãe, que é sua cuidadora principal.

Procedimento: já foram realizados até o presente momento, vinte e três atendimentos em quase sete meses.

Nós tutores pensamos que uma das questões que mais permeiam esse atendimento é o estabelecimento do vínculo e da confiança entre paciente e tutores. Até o presente momento, estamos percebendo, através da supervisão, um lento processo de vinculação, onde a cada encontro este se torna um pouco mais forte. Ao ter uma visão global de todos os atendimentos podemos ver como aos poucos a paciente nos testa através de questionamentos teóricos, ou por meio de perguntas sobre nossa opinião a respeito de questões polêmicas, ou ainda nos perguntando como funcionam os "bastidores" da tutoria. Porém, ao mesmo tempo nos convida a entrar em seu mundo através de longos momentos assistindo à TV, que acabou se tornando boa parte da sua vida por estar presente quase na totalidade do seu dia.

Apesar da constante presença da TV, também pudemos perceber a importância da família em situações como esta que a paciente está passando. Ao longo dos nossos encontros observamos uma união muito positiva entre os membros da família, em relações permeadas por muito carinho. Por exemplo: ela mora com a mãe, uma senhora de 82 anos, e um filho, mas como nos foi relatado ela recebe constantes visitas do outro filho, juntamente com sua esposa e filha, e de outras pessoas como, por exemplo, sua tia, que mostra ser grande companheira. Antes da ELA, as duas juntas andavam muito pelas ruas, entravam em inúmeras lojas, faziam compras etc. Aliás, esse é um traço muito interessante da paciente: ela era muito ativa antes da doença. Além dessas andanças com a tia, ela conta que sempre estava brincando com as crianças que moram em sua rua, ajudando-os em festividades como a Copa do Mundo ou festas juninas. Também falou que ajudava outras crianças em uma congregação espírita.

Ao final do ano sempre viajava com a família toda para diversos cantos; contou, por exemplo, que conhece muitas cidades do Paraná, Santa Catarina, Rio Grande do Sul, Mato Grosso etc. Disse que seu pai pegava o carro, juntava

a família e saía sem rumo. Também contou que no Natal fantasiava-se de papai Noel para a alegria das crianças da família.

Tudo isso parece demonstrar a forte união entre os membros de sua família, sempre estando presentes nos grandes momentos de sua vida, tanto os bons, quanto os ruins, como agora em decorrência da ELA.

A paciente também fala que adorava fazer trabalhos manuais como o crochê, tanto que, segundo ela, sua sala era toda decorada com enfeites que ela e sua mãe haviam confeccionado. “A sala era uma alegria” – disse. Ela sempre tenta passar uma imagem de si mesma positiva, sempre muito alegre. Alegria essa que acaba contagiando, principalmente em seus sorrisos e suas estórias de antigamente, por exemplo, quando conta de uma viagem que fez no passado. Ela conta em detalhes uma época muito boa e significativa para ela, mas sempre mantendo a preocupação de ter uma imagem politicamente correta, como quando comenta, no meio de uma narrativa natalina que eles se preocupavam muito em recolher o lixo que fizeram após um piquenique na praia.

Ainda nessa linha de passar uma boa imagem, a paciente sempre se declara muito feliz e satisfeita com sua vida. Diz apenas que às vezes fica muito nervosa, no sentido de ansiedade e não de raiva, quando se sente impotente em determinadas situações. Certa vez, sua mãe adoeceu, pegou uma gripe forte, e quando estavam as duas sentadas no sofá, a mãe começou a sentir falta de ar, ficar branca e sem força para respirar; a paciente ficou desesperada, pois não tinha forças para ajudá-la ou chamar alguém. Depois de algum tempo, com muito esforço, ela conseguiu chamar o filho no quarto para ajudar a mãe. Ela conta que nesse dia ficou muito assustada.

Contudo, C. às vezes acaba revelando, sem perceber, algumas situações que remetem à algumas de suas angústias: fala que o tempo passa rápido demais, que parece que foi outro dia que se casou e que queria ter tido mais tempo para fazer outras coisas que agora, em função da doença, não pode mais.

Pensamos que a tutoria, nesse caso, tem exatamente essa função de propiciar a fala e criar um espaço de confiança, na qual a paciente se sinta a vontade, e possa manifestar essas angústias. Certa vez nos disse a hipótese que tinha sobre o funcionamento dos bastidores da tutoria: C. acreditava que servia para informarmos os médicos da ABrELA sobre o real estado da paciente; assim se um médico perguntasse a ela se estava tudo bem, e ela respondesse que sim, o médico saberia, pelos tutores, se era verdade ou não. Sempre trabalhamos no sentido de desmistificar essas questões, salientando que nosso trabalho não é o de passar informações para os médicos.

Alguns sinais que temos notado do aumento dessa vinculação são, por exemplo, suas vestimentas. Ao longo dos atendimentos ela tem se mostrado cada vez mais a vontade: aos poucos ela foi redecorando a sala com os artesanatos coloridos que produzia fato que, como ela nos contou, foi aos poucos sendo retirado do ambiente, indicando que ela pode retomar algumas coisas que davam prazer a ela, como a presença de cores. Ela falava, por exemplo, que sempre pintava as paredes internas da casa de cores diferentes do tradicional branco e que, porém, aos poucos foram lhe retirando o colorido dos enfeites e das paredes.

Acreditamos que, de todo esse atendimento, o que mais nos marca é o seu silêncio (da paciente), não aquele quando estamos prestando atenção a algum programa que ela quer nos mostrar na TV, mas sim aquele quando ela conta algum fato da doença que a afeta mais, como, por exemplo, a locomoção. “É muito difícil”, diz ela com sua voz calma e pausada. Logo em seguida se faz um silêncio, que é muito complicado de se lidar no começo, mas que quando você consegue se vincular à pessoa, passa a ser um silêncio que comunica, pelo olhar de compreensão e pelo compartilhamento de sentimentos. Nós tutores, nos sentimos muito mais próximos após esse tipo de contato.

Os últimos atendimentos que realizamos vieram a reforçar o caráter lento, e até árduo, do processo de vinculação que procuramos estabelecer. Por diversas vezes ficamos em frente à TV, assistindo-a por longos períodos e conversando apenas sobre o que estava passando. Ou, quando não

comentávamos sobre os programas, ela falava longamente sobre terceiros, sem deixar oportunidade para debatermos algum ponto ou entender melhor a sua opinião sobre aquilo. Era como se ouvíssemos um documentário, onde ela procurava se ausentar afetivamente do encontro e que, de certa forma, testava nossa resistência a ela e à sua condição.

No entanto, o último atendimento que fizemos nos surpreendeu. Os tutores, baseados nos anteriores, não imaginaram em nenhum momento que seria possível uma mudança como essas. Da televisão ligada e do discurso sobre o outro, passou-se para a televisão desligada, e a fala que diz de si e da própria história: ficamos por quase duas horas conversando sobre os álbuns de fotografia antigos que remetiam ao seu casamento, suas viagens com a família, os primeiros anos de vida dos seus filhos etc. Sem dúvida alguma esse atendimento foi dos mais bonitos que já realizamos. As conversas ilustradas pelas fotografias não era, de maneira alguma, apenas descrições das mesmas, traziam emoções muito fortes que contagiaram a todos: as longas risadas sobre as festas juninas com a família e os momentos mais duros, como a longa história de separações e reencontros dos filhos com o pai e sua trágica morte.

CONCLUSÃO

Cremos que um dos pontos mais importantes da nossa experiência como tutor ao longo dos atendimentos descritos anteriormente foi a comunicação pelo olhar e o conseqüente acolhimento que tal ato poderia acarretar nos momentos de silêncio. Momentos esses que não cabem qualquer palavra ou comentário a respeito do que acabara de ser dito. Cabe apenas a demonstração de compaixão pelo sentimento compartilhado e pelo voto de confiança depositado no outro. Algo que no começo dos atendimentos era algo constrangedor, nos deixando ansiosos por não saber ao certo o que fazer.

Outro ponto importante que deve ser posto em evidência é que esse atendimento tem mostrado como o processo de vinculação se processa: como aos poucos o paciente vai “tateando” o território da tutoria para se sentir seguro

e acolhido para poder entrar contato com suas questões mais profundas. Muito interessante tem sido perceber como se processa esse “tateamento”, onde aos poucos o paciente convida os tutores a entrar em seu mundo.

Por fim, algumas questões sempre vêm ao pensamento dos tutores, como, por exemplo, o questionamento de qual o verdadeiro sentido e utilidade da tutoria, bem como o sentimento de impotência e de estar dando pouca ou nenhuma contribuição para uma melhora do paciente. Contudo, temos, progressivamente, entendido cada vez mais o sentido do cuidado e do amparo aplicados à essa situação, vindo a reforçar o caráter duplo da tutoria: ajudar e ser ajudado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABrELA: informações sobre a doença. Disponível em <www.abrela.org.br>. Acesso em: 10 nov. 2010.

KÜBLER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer**. São Paulo, Martins Fontes, 1992.

TARDIVO, L. S. L. P. C. e GIL, C. A (organizadores) – **Anais da VII Jornada APOIAR - Propostas de Atendimento**, São Paulo, Instituto de Psicologia - Universidade de São Paulo, 2005.

WINNICOTT, D.W. (1965) **O Valor das Consultas Terapêuticas**. In. Winnicott, C, Shepherd,R. (orgs.) **D.W. WINNICOTT – Explorações Psicanalíticas**. Pouso Alegre: Artes Médicas.

OFICINAS PSICOTERAPÊUTICAS NO HOSPITAL PSIQUIÁTRICO: UMA PROPOSTA DE ATENÇÃO PSICOLÓGICA EM SAÚDE MENTAL

Danilo de Carvalho Silva[53]

Monique Sayuri Xavier Shiroma[54]

Orientador: Profa. Associada Dra. Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo[55]

Supervisor e Monitor: Profa Kayoko Yamamoto[56]

RESUMO

Este trabalho de extensão discute a experiência de estágio supervisionado em hospital psiquiátrico, realizado na Casa de Saúde Nossa Senhora de Fátima, por alunos de Psicologia. O estágio com pacientes psiquiátricos foi realizado seguindo o modelo de Oficinas Psicoterapêuticas, com referencial psicanalítico winnicottiano, proporcionando uma intervenção com cuidado diferencial, o que inclui atividades mediadoras como alongamento, danças circulares, canto, leituras e discussões, entre outros. O processo possui dois objetivos principais: possibilitar um espaço de aprendizagem para os alunos e atuar no alívio do sofrimento de pacientes psiquiátricos. Trata-se de uma proposta vinculada ao APOIAR, baseado no modo de intervenção psicanalítica do Estilo Clínico Ser e Fazer, ambos do IPUSP. As dinâmicas diferenciais, aliadas com a escuta, mostraram-se eficazes para a terapêutica com essa população. O estágio possibilitou aos alunos a percepção de como os pacientes reagem de acordo com diferentes tipos de intervenção.

Palavras-chave: oficina psicoterapêutica, paciente psiquiátrico, saúde mental.

---

[53] Aluno do curso de Graduação em Psicologia pela Universidade de São Paulo; e-mail: correiododanilo@yahoo.com.br

[54] Aluna do curso de Graduação em Psicologia pela USP; e-mail: monique.shiroma@usp.br

[55] Docente associada e pesquisadora do Departamento de Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da USP; coordenadora do projeto APOIAR.

[56] Professora doutora do Departamento de Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da USP

INTRODUÇÃO

1. OFICINAS PSICOTERAPÊUTICAS

As Oficinas Psicoterapêuticas em foco neste estudo foram desenvolvidas por uma proposta do laboratório APOIAR e se caracterizam como enquadres clínicos diferenciados que possuem como base teórica os pressupostos da psicanálise winnicottiana. Tais Oficinas Psicoterapêuticas se baseiam no modo de intervenção psicanalítica “Estilo Clínico Ser e Fazer”, cuja denominação alude aos trabalhos realizados pela Ser e Fazer – Oficinas Psicoterapêuticas de Criação, serviço coordenado pela Professora Livre-Docente Tânia Aiello Vaisberg e pertencente ao Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social. O Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social está inserido no Departamento de Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, é coordenado pela Professora Livre-Docente Dra. Leila Cury Tardivo e pelo Professor Associado Francisco Assumpção Junior e abriga o APOIAR, a “Ser e Fazer”, entre outras propostas, todas voltadas para os mesmos objetivos: formação, pesquisas e serviços à comunidade em saúde mental. O APOIAR tem desenvolvido um trabalho terapêutico baseado não só na escuta, mas também na possibilidade de se utilizar outras atividades e materiais para mediar a relação do grupo terapêutico (TARDIVO, 2008).

Da psicanálise winnicottiana vem o caráter de Consulta Terapêutica e a utilização da arte como recurso que proporciona o contato e facilita a comunicação. Winnicott (citado por RONCOLATO et al., 2009) ressalta que a Consulta Terapêutica não equivale à psicanálise, não devendo ser usada com esse intuito, e diz que a proposta é utilizar maximamente os materiais não sujeitos às defesas dos indivíduos. A partir do sentido que Winnicott dá ao termo Consulta Terapêutica que se construiu o caráter de intervenção no modelo de Oficinas Psicoterapêuticas, espaço em que seria possível ao sujeito deixar emergir suas angústias a alguém capaz de acolhê-las e suportá-las, sem o foco interpretativo.

O estágio acontece como parte de um projeto, fruto da parceria entre o Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social – APOIAR (IPUSP) e a

Casa de Saúde Nossa Senhora de Fátima, localizada na cidade de São Paulo e que abriga, em sua grande maioria, pacientes femininos. Tal projeto abrange duas vertentes, quais sejam: finalidade terapêutica e finalidade de aprendizado. A finalidade terapêutica consiste em criar um espaço de escuta e acolhimento para os pacientes psiquiátricos internados, e a finalidade de aprendizado consiste em possibilitar aos estudantes de graduação em Psicologia, sob a orientação e supervisão de profissionais da área clínica, a vivência e o contato com os pacientes psiquiátricos.

2. AS OFICINAS PSICOTERAPÊUTICAS E O HOSPITAL

Numa intervenção psicoterapêutica em ambiente institucional, o estilo clínico com dinâmica de grupo se mostra como proposta mais adequada, visto que é disponibilizado aos pacientes materialidades que possibilitam uma maior comunicação emocional entre si (LABATE et al., 2008), expandindo suas experiências emocionais e facilitando as suas relações interpessoais, o que colabora para a promoção de alívio do sofrimento.

A dinâmica de funcionamento de um hospital psiquiátrico, bem como o estado dos pacientes, leva a uma alteração na construção de vínculos sociais, que se refere tanto a relações já existentes no exterior quanto a relações dentro da própria instituição, acentuando o estigma sobre esses pacientes e a sensação de impossibilidade de compartilhar suas experiências. Nesse contexto, as Oficinas Psicoterapêuticas visam construir um espaço coletivo e compartilhado, que visa romper com seu isolamento estigmatizado (LABATE et al., 2008). Tais Oficinas Psicoterapêuticas conseguem, ainda, atuar em um grupo de pacientes com diagnósticos heterogêneos - característica da população com doença mental selecionada -, o que não é possível quando se pensa em intervenção especializada, o que justifica a opção pelo presente tipo de modelo. Com isso, busca-se promover a abertura dos pacientes para estabelecer vínculos com outros pacientes e com os alunos, e também a retirada do paciente da condição de centramento em si, situação observada na maioria dos pacientes que participava das atividades.

A escolha pela forma de grupo exigiu o planejamento de dinâmicas que trouxessem à tona questões individuais de cada um, mas de forma que

pudessem ser compartilhadas pelo grupo. Segundo Nobre (1987), as atividades grupais propõem e favorecem, em seu âmbito particular, a ampliação das possibilidades dos pacientes de se expressar, de descobrir, de enriquecer sua compreensão e de solucionar sua situação problemática.

Mesmo que muitos cuidados sejam tomados por administradores e profissionais atuantes na área da Saúde Mental, os prejuízos que a doença mental e as internações acarretam aos pacientes são inevitáveis e, mesmo que sem intenção, “mortificam o seu ego” (GOFFMAN, 1961, *apud* YAMAMOTO, 2008). Assim, a oficina tem efeito terapêutico nessa população, que chega alienada, e que nesta atividade pode exercitar a escolha e a expressão (LABATE et al., 2008).

Este projeto valoriza a importância e a necessidade de trabalhos pensados e dirigidos à população com doença mental, internados em instituição psiquiátrica, almejando construir oportunidades de desenvolvimento das potencialidades dos pacientes e de suas relações interpessoais. Para isso, o projeto conta com a realização de Oficinas Psicoterapêuticas dirigidas a pacientes internados em hospitais psiquiátricos; tais oficinas se caracterizam por um enquadre clínico diferenciado e objetivam promover um espaço de escuta, continência e compreensão aos pacientes institucionalizados.

PROCEDIMENTOS E DESCRIÇÕES

O trabalho de intervenção através de Oficinas Psicoterapêuticas foi realizado na Casa de Saúde Nossa Senhora de Fátima, semanalmente, às quintas-feiras, no período da manhã e durante uma hora, por um grupo de seis alunos de graduação do Instituto de Psicologia (IP) da Universidade de São Paulo (USP), e por uma supervisora também do IPUSP, capacitada a auxiliar e dar suporte aos alunos em qualquer tipo de situações. Logo após o trabalho interventivo, os alunos e a supervisora faziam uma reunião de supervisão, ainda no próprio hospital psiquiátrico. Além disso, o grupo se reunia semanalmente no IPUSP para decidir quais atividades seriam propostas naquela semana para o grupo de pacientes nos encontros das oficinas.

Nessas reuniões semanais no IPUSP, os alunos discutiam quais atividades seriam realizadas e em qual ordem; quais atividades obtiveram

maior êxito na realização podendo ser repetidas e quais não foram muito adequadas, devendo não ser repetidas; quais textos seriam lidos nas atividades de discussão de história, sendo necessário pensar na adequabilidade do tipo de leitura para os pacientes, bem como na extensão do texto etc; enfim, era feito um balanço e um planejamento para o próximo encontro.

Mesmo a pauta de atividades das Oficinas sendo decididas em reuniões semanalmente, com constantes mudanças e aprimoramentos, algumas atividades foram mantidas no planejamento de todos os encontros; e o esqueleto da pauta de atividades consistia em: exercícios corporais de alongamento e relaxamento, atividade de interação paciente-paciente e paciente-aluno, leitura de um poema ou pequeno conto, e conversa com os pacientes, na qual eles expressavam suas impressões, opiniões e relações de aspectos da estória lida com aspectos de suas próprias histórias de vida. Em algumas oficinas foram realizadas danças circulares, massagens, cantigas de roda e construção de história coletiva, em que cada paciente acrescentava um pedaço de sua autoria na história fictícia.

O grupo de pacientes era formado no próprio dia da intervenção, minutos antes de a oficina ter início, visto que em hospitais psiquiátricos é grande a rotatividade de pacientes. Optou-se por realizar as oficinas com pacientes exclusivamente do sexo feminino, e participaram mulheres diagnosticadas com diferentes transtornos psiquiátricos: transtorno bipolar, depressão, psicose. A reunião de um grupo de mulheres com diagnósticos tão diferenciados ocasionou a demanda por atividades de atendimento genérico e amplo.

Antes de a oficina ter início, parte do grupo de alunos, acompanhado pela supervisora, ia para as alas onde os pacientes se encontravam e os convidavam a participar voluntariamente, explicando que tipo de atividades seria realizado e que eles poderiam voltar para suas alas a qualquer momento, caso não quisessem mais participar da oficina. As alas que o grupo interventor tinha acesso eram as alas São Camilo e Santa Isabel, visto que estas eram formadas por pacientes em estado fora de surto e que não oferecem perigo. Era pouco comum estar com os mesmos pacientes presentes em mais de uma

oficina devido à alta rotatividade inerente à própria internação psiquiátrica. O número de pacientes que participava das oficinas oscilava em torno de dez.

A outra parte do grupo de alunos, enquanto isso, ia preparando o salão em que eram realizadas as Oficinas Psicoterapêuticas. O salão em que as oficinas eram realizadas foi cedido pela própria instituição Casa de Saúde Nossa Senhora de Fátima, sendo que não se mantinha um agendamento deste, o que causou alguns empecilhos, visto que durante a realização de algumas Oficinas houve a interferência do professor de Educação Física que utilizava o salão com outros pacientes sempre que chovia. Quando isso acontecia, o salão era cedido para o professor de Educação Física, e o prosseguimento das atividades da oficina era dado em outra sala, menor, o que restringia as atividades de caráter mais corporal, concentrando então as atividades de leitura e discussão.

Além dos inconvenientes relacionados à utilização do salão, houve problemas de horário, visto que alguns pacientes que queriam participar das oficinas não puderam devido a um conflito de horário com a Terapia Ocupacional. Ainda, às vezes, o café da manhã era servido com atraso, o que prejudicava o início das oficinas, pois era preciso esperar que os pacientes terminassem o desjejum.

DESENVOLVIMENTO DO PROCESSO INTERVENTIVO

O processo interventivo na Casa de Saúde Nossa Senhora de Fátima passou por diversas modificações ao longo das semanas, conforme se percebia melhor a demanda dos pacientes. Assim, esse processo foi se desenvolvendo ao longo do tempo, com constantes mudanças e adaptações nas atividades propostas. A materialidade mediadora da relação paciente-terapeuta pode ser transformada no decorrer do trabalho terapêutico, e exige flexibilidade por parte do terapeuta para adaptar a sua proposta (RONCOLATO et al., 2009).

As Oficinas sempre eram iniciadas com exercícios corporais de alongamento, com música calma de fundo, visando o relaxamento das pacientes. Em seguida, normalmente, aconteciam atividades que demandassem movimento ou expressão, todas atuando na interação paciente-

paciente e paciente-aluno, algumas delas favorecendo a capacidade de confiança; incluem-se nessa categoria: danças circulares, canto, brincadeira do guia-cego (na qual uma pessoa, o “cego” fica de olhos fechados enquanto a outra, o “guia” a conduz pela exploração do local), brincadeira do pêndulo (realizada por três pessoas, sendo que uma deve enrijecer o corpo para que as outras duas a movimentem como um pêndulo), cantiga de roda com ciranda, massagem. Posteriormente, havia uma atividade relacionada a estórias, em que um dos alunos lia um poema ou pequeno conto para posteriormente abrir uma discussão com as pacientes, na qual elas expressavam suas impressões, opiniões e relações de aspectos da estória lida com aspectos de suas próprias histórias de vida. Em algumas oficinas essa última atividade foi substituída pela construção de história coletiva, em que cada paciente acrescentava um pedaço de sua autoria na história fictícia.

Com relação às atividades realizadas nas oficinas ocorreram vários empecilhos. Algumas pacientes não conseguiam atentar e se concentrar na realização de algumas atividades propostas, outras reclamavam umas das outras, e também havia aquelas que questionam o valor da intervenção que estava sendo proposta. Observou-se que, em todas as variadas formações grupais que se deram, sempre havia um paciente que tentava monopolizar as atividades, chamando os olhares e as atenções para si, sempre falando sobre a própria vida e os próprios problemas, inviabilizando a participação dos outros. Também havia aqueles pacientes que aceitavam ir até o salão participar da oficina, mas que ao iniciar as atividades, não interagiam, ficando quietos, sendo que alguns chegavam a pedir para ir embora.

Diante dessas dificuldades, que já eram esperadas de alguma forma, visto que o trabalho envolve uma população psiquiátrica, procurou-se sempre manter um equilíbrio entre o grupo como um todo, seja chamando a atenção, de forma amigável, respeitosa e não invasiva, daquele que tentava monopolizar a oficina, seja respeitando a vontade daqueles que desistiam de realizar as atividades no meio da oficina, levando-os de volta para as suas alas.

Nesse sentido, o grande número de alunos ajudou a superar tais dificuldades, uma vez que enquanto uns dirigiam as atividades, outros atuavam de outras maneiras, seja levando pacientes de volta para as suas alas, ou então conversando reservadamente com aqueles que estavam deslocados da

dinâmica de grupo, sempre com o intuito de que as oficinas fossem realizadas da melhor maneira possível.

DISCUSSÃO

Através das Oficinas Psicoterapêuticas na Casa de Saúde Nossa Senhora de Fátima foi possível disponibilizar ao grupo de pacientes materialidades de diversas naturezas na busca pelo descentramento de si e da própria patologia, com posterior abertura para atividades diversificadas e para se relacionar com seus pares. A abertura emocional possibilita a expansão de experiências emocionais e contribui no próprio convívio institucional dos pacientes, o que, em última instância, atua no alívio do sofrimento vivido por eles.

Apesar das dificuldades, foi-se gradativamente encontrando caminhos capazes de construir um modo de trabalhar que oferecesse o estágio como um espaço aberto, mas sempre permanecendo em diálogo com os objetivos planejados. Ouvir as demandas dos pacientes se mostrou muito importante, visto que, com isso, era possível delinear qual o melhor caminho a seguir no trabalho com pacientes psiquiátricos. No entanto, a questão se mostrou um pouco mais complexa, visto que entre os próprios pacientes não havia um consenso.

A principal crítica ouvida dos pacientes vinha na forma de uma exigência por soluções para seus problemas, culminando com um questionamento a respeito da utilidade de se falar da própria vida em meio a um grupo sem que houvesse nenhum encaminhamento proposto. Essa crítica foi rebatida tanto pelos alunos como também por outros pacientes que participaram do estágio, estes dizendo que as oficinas lhes permitiam certo alívio da dor que sentiam, ao compartilharem com outras pessoas. Além do mais, era claro para os graduandos que um psicólogo atua contribuindo para que o seu cliente busque e encontre um sentido para a sua vida, e não trabalha dando conselhos, impondo fazeres e emprestando sentido para a vida do cliente.

Percebeu-se que as atividades propostas nas oficinas possibilitavam um contato com seu próprio corpo e com o do outro, criando certa distância em relação a suas ansiedades e tensões, e tornando-os mais receptivos ao

contato. Afinal, a importância das Oficinas não se dá no âmbito da interpretação, mas do contato, da interação, fatores que culminam em acolhimento e compartilhamento da dor. Dessa maneira, as atividades já mencionadas no presente trabalho mostraram-se eficazes para a terapêutica com esse tipo de população. Aliás, é por isso que os alongamentos, as leituras e as discussões de textos se mantiveram ao longo de todas as Oficinas. A atividade de discussão, em especial, proporcionou um momento para que as pacientes falassem sobre elas, e mais, para que elas fossem ouvidas, e a simples escuta constitui aspecto importante para pacientes psiquiátricos internados. Houve a busca para que a escuta não fosse passiva, mas uma troca de experiência entre todos os presentes, possibilitando que as angústias fossem recebidas e elaboradas por meio de uma troca ativa e empática com o grupo. Ainda, atividades como a dança circular, a massagem, o canto e a ciranda contribuíram para a interação entre todos e conseqüente integração do grupo. A música, utilizada como plano de fundo para algumas atividades, proporcionou relaxamento e bem-estar, o que tem efeito terapêutico.

O aprendizado por parte dos alunos se dá através da percepção de como os pacientes reagem de acordo com qual ou tal tipo de intervenção, dado que o grupo interventor era inexperiente na prática clínica, tendo que atentar para o que se mostrava empiricamente viável ou não na visão do próprio grupo. Os alunos, ainda, puderam conhecer melhor o comportamento, a vida psíquica e as problemáticas que permeiam o cotidiano desses pacientes psiquiátricos, por meio de atividades diferenciadas, oferecendo a essa população o alívio das tensões e das angústias.

Conforme aponta Santos (1987), ninguém trabalha igual em psicoterapia de grupo, não havendo, assim, uma fórmula. Há apenas o desejo de que a troca de experiência enriqueça a todas as pessoas. Nesse estágio de Oficinas Psicoterapêuticas monitor, alunos e pacientes puderam se utilizar das diferenças e semelhanças para, dialeticamente, se enriquecer.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CAMARA, M. História da psicoterapia de grupo. In: PY, L.A. (Org.). **Grupo sobre grupo**. Rio de Janeiro: Rocco, 1987. p. 21-35

JUNIOR, W.C.; GIL, C.A; TARDIVO, L.S.L.P.C.; TURNA, J.W.T. O projeto APOIAR nos hospitais psiquiátricos: propostas de ensino, pesquisa e intervenção. In: TARDIVO, L.S.L.P.C.; GIL, C.A. (Orgs.). **APOIAR***:* novas propostas em Psicologia Clínica. São Paulo: Sarvier, 2008. p. 273-279.

LABATE, C.G. et al. Oficina psicoterapêutica: contos de fadas com pacientes psiquiátricos. In: TARDIVO, L.S.L.P.C.; GIL, C.A. (Orgs.). **APOIAR***:* novas propostas em Psicologia Clínica. São Paulo: Sarvier, 2008. p. 366-368

LABATE, C.G. et al. Oficinas psicoterapêuticas com pacientes psiquiátricos. In: TARDIVO, L.S.L.P.C.; GIL, C.A. (Orgs.). **APOIAR***:* novas propostas em Psicologia Clínica. São Paulo: Sarvier, 2008. p. 354-365

NOBRE, L.F. Comunidade terapêutica: função multigrupal. In: PY, L.A. (Org.). **Grupo sobre grupo**. Rio de Janeiro: Rocco, 1987. p. 99-104

RONCOLATO, A.A. et al. Reflexões acerca da experiência com oficinas terapêuticas em hospital psiquiátrico. In: TARDIVO, L.S.L.P.C. (Org.). **Anais da VII Jornada APOIAR***:* saúde mental e enquadres grupais: a pesquisa e a clínica. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2009. p. 547-563.

SANTOS, O. Minha experiência com grupos. In: PY, L.A. (Org.). **Grupo sobre grupo**. Rio de Janeiro: Rocco, 1987. p. 181-186

TARDIVO, L.S.L.P.C. O projeto APOIAR e o laboratório de saúde mental e psicologia clínica social: relato de uma trajetória. In: TARDIVO, L.S.L.P.C.; GIL, C.A. (Orgs.). **APOIAR**: novas propostas em Psicologia Clínica. São Paulo: Sarvier, 2008. p. 3-8

YAMAMOTO, K. Atividades interventivas em instituição psiquiátrica. In: TARDIVO, L.S.L.P.C.; GIL, C.A. (Orgs.). **APOIAR***:* novas propostas em Psicologia Clínica. São Paulo: Sarvier, 2008. p. 309-316

IMPORTÂNCIA DA CAPACIDADE LÚDICA NA PREVENÇÃO E TRATAMENTO DA SAÚDE MENTAL

Maria Salete Lopes Legname de Paulo

Leila Cury Tardivo

RESUMO

Este trabalho aborda a importância da atividade lúdica para manter e promover saúde mental em crianças, adolescentes e adultos. A genialidade de Freud abriu as portas para a compreensão do significado do jogo infantil, a partir da interpretação do jogo do carretel de um menino de apenas 18 meses e da análise da fobia de um menino de cinco anos. Klein deu continuidade à investigação do jogo infantil e observou que o brincar é o modo de expressão natural da criança e a brincadeira, mesmo de uma criança normal, tem sempre um significado subjetivo. Ela sistematizou a técnica de atendimento para crianças utilizando brinquedos como meio de comunicação, substituindo a associação livre do adulto. Klein comprovou que toda criança saudável brinca e a inibição do jogo é sempre um sinal de perturbação psicológica e o grau dessa inibição pode revelar o índice da enfermidade. Em continuidade Winnicott afirmou que o brincar é um gesto espontâneo e criativo existente desde as primeiras experiências do bebê, é universal, natural e próprio da saúde. Winnicott demonstrou que a concepção do brincar é uma forma privilegiada de comunicação que pode ser estendida também ao trabalho com adolescentes e adultos, considerando novas propostas de enquadres diferenciados. Para ilustrar esta exposição apresentamos exemplos da atividade lúdica natural como fator de desenvolvimento e material clínico do atendimento de um adolescente que se utilizou de jogos e conteúdo da internet como mediador da comunicação. A atividade lúdica natural ou como forma de comunicação na terapia pode facilitar as intervenções e favorecer mudanças psíquicas em direção ao desenvolvimento.

Palavras-chave: Jogo; Saúde Mental; Psicanálise; Adolescente.

Fundamentos teóricos da interpretação do jogo

Freud, com sua genialidade abriu as portas para a investigação psicológica descrevendo os mecanismos de funcionamento psíquico e iniciou a interpretação do jogo infantil por meio da observação do “jogo do carretel” de um menino de apenas dezoito meses. Na brincadeira conhecida como “Fort da” (Freud; 1920/1973) a criança jogava repetidamente o carretel para fora do alcance de sua visão e em seguida o recolhia. Freud atribuiu um significado ao jogo: o menino ocupava-se da ausência de sua mãe, e repetindo o jogo com o carretel, ele tentava lidar com a questão da presença e ausência do outro. Por meio do brinquedo a criança podia controlar simbolicamente o afastamento da mãe, porque fazia o carretel voltar quando fosse o seu desejo e, portanto, ela tentava elaborar sua angústia de separação e futuro reencontro. Ou seja, o brincar simbólico representava uma vivência interna da criança.

Freud (1909/1973) analisou o caso da fobia de cavalos de um menino de cinco anos, por meio dos relatos e anotações sistemáticas do pai. Os detalhes da fobia tinham relação com algum fato ou acontecimento que o desencadeou e Freud elaborou a análise utilizando-se da interpretação dos mesmos mecanismos que explicava a neurose dos adultos. O pequeno Hans passou a ter medo de que cavalos mordessem seus dedos e Freud interpretou como angústia de castração pela masturbação, ligada a uma situação edipiana.

Freud analisou brincadeiras, fantasias e sonhos que abriram caminho para que Melanie Klein pudesse dar continuidade às suas investigações e compreendesse a função simbólica da comunicação da criança por meio da linguagem pré-verbal. Sua contribuição é a mais valiosa para a psicanálise de crianças, pois ela atribui significado simbólico aos jogos e brincadeiras e sistematizou uma técnica de análise para crianças (Paulo, 2008).

A Técnica Lúdica

Klein (1932-1975) intuiu que o brincar é o modo de expressão natural da criança e se questionou se a brincadeira, mesmo de uma criança normal, não teria um significado subjetivo. Observando crianças e seus próprios pacientes, Klein percebeu que o jogo sempre tem uma finalidade e um sentido e, dessa forma, todo jogo tem um sentido que revela a situação interna infantil. Na situação de análise as crianças brincam e revelam por meio simbólico dos jogos o conteúdo que expressariam verbalmente, ou seja, o brincar equivale à associação livre do adulto (Paulo, 2009).

A partir de seu trabalho, Klein afirmou que a capacidade de simbolizar é precoce na infância e a criança projeta seus afetos nos brinquedos que, por deslocamento, representam objetos do mundo interno ou figuras significativas. Esse mecanismo é possível porque a capacidade de simbolizar é precoce na criança. O deslocamento dá importância aos brinquedos que ficam carregados de carga afetiva pela projeção, ao mesmo tempo que podem ser refúgio contra a angústia. A ansiedade intensa da infância impulsiona o movimento de compulsão à repetição simbólica nos brinquedos.

O jogo, assim como os sonhos e os desenhos são atividades plenas de sentido, eles representam situações excessivas ao ego, canalizam tendências e possibilitam a dramatização e atualização dos conflitos, ao mesmo tempo que podem ser refúgio contra a angústia. Brincando a criança vence realidades dolorosas e domina medos instintivos porque os projeta nos brinquedos, que são mediadores entre a realidade externa e interna. O brincar tem a função de estabelecer uma prova de realidade e serve de ponte entre a fantasia e a realidade, possibilitando à criança uma adaptação progressiva ao meio externo.

Toda atividade lúdica é plena de sentido e seu significado simbólico depende do contexto, da idade da criança, da vivência e da situação do momento.

De acordo com Klein, a função do jogo é possibilitar a elaboração de situações internas excessivas ao ego infantil e de situações traumáticas à fragilidade interna. Tem também uma função catártica e de assimilação, pois a repetição lúdica de fatos diários permite a troca de papéis e a repetição exaustiva até que o fato possa ser transformado ou assimilado pelo ego. Dessa foram, o jogo permite que a criança torne-se ativa em situações que teve que vivenciar

passivamente. Enquanto joga a criança canaliza tendências e pode transformá-las e, por isso mesmo, a criança que brinca reprime menos.

A partir de suas observações Klein afirmou que toda criança saudável brinca e a inibição do jogo é sempre um sinal de perturbação psicológica e, o grau dessa inibição pode revelar o índice da enfermidade.

Na prática analítica Klein observou que a capacidade de transferência era espontânea na criança e, tinha, portanto, já todos os requisitos para tornar possível o processo analítico infantil. A transferência é uma edição das relações amorosas semelhante à do adulto e pode ser positiva ou negativa. Características de um Superego rígido ligado às imagos internas são projetados no jogo. A interpretação do significado do jogo leva à elaboração do círculo vicioso agressividade – culpa – agressividade novamente, e, assim, libera a criança do sofrimento neurótico.

O Brincar como Expressão Natural

Naturalmente a partir das idéias de Melanie Klein muitos estudiosos passaram a se interessar pelo jogo como linguagem simbólica. A contribuição significativa da escola inglesa é Winnicott (1971/1975), que observou o brincar como um ato criativo existente desde as primeiras experiências do bebê e próprio da saúde. O bebê cria o seio em um gesto espontâneo quando mama e tem a experiência emocional de ser alimentado. O meio ambiente é essencial e ao mesmo tempo coadjuvante nesse cenário, pois oferece o espaço potencial para que essa experiência interna possa ocorrer.

Com base nessa teoria Trinca (2009) afirmou que o gesto espontâneo é o brincar criativo da criança, que leva à atividade lúdica como uma busca de si mesma. Segundo Trinca o ser interior está na base das noções de si mesmo, como um núcleo essencial. A atitude lúdica é a mobilidade psíquica que é a própria expressão do ser e permite o contato com esse ser interior, num viver criativo que possibilita à pessoa sentir-se bem no mundo. O distanciamento do contato com esse ser interior impede ou anula a atitude lúdica e enfraquece ou esvazia o *self*. Assim, é necessária a superação dos encobrimentos obstrutivos

da mente para recuperar a atitude e o contato significativo da pessoa consigo mesma.

Clínica da Atualidade: prevenção e tratamento

Vários trabalhos recentes na área da Psicologia Hospitalar em nosso meio (Pérez-Ramos & Oliveira, 2010) têm abordado a importância da capacidade de brincar para preservar, manter ou recuperar a saúde. A brincadeira é uma atividade universal que propicia prazer e relaxamento e favorece o equilíbrio físico e psíquico, aumentando as condições propícias ao bem-estar em qualquer idade.

Pérez-Ramos (2010) focaliza o emprego do lúdico como estratégia preventiva para promover a saúde e o pleno desenvolvimento da criança, seja no cotidiano normal, ou nas situações de vulnerabilidade ou de deficiências.

Atualmente a concepção do brincar como uma forma privilegiada de comunicação pode ser estendida também ao trabalho com adolescentes e adultos, considerando novas propostas de enquadres diferenciados como a abordagem de Winnicott (AIELLO-VAISBERG, 2001).

Utilizando os conceitos de "*Consulta Terapêutica*" (WINNICOTT, 1984), e o extremo valor das entrevistas iniciais, de objeto transicional e espaço potencial, a clínica da atualidade aplica atividades com materialidade no espaço potencial da sessão, expandindo a possibilidade lúdica para adolescentes e adultos.

Essa abordagem de atendimento é realizada segundo enquadres transicionais diferenciados, o que permite que haja a superposição de duas áreas do brincar, a do terapeuta e a do paciente, de modo que permite as comunicações emocionais de conteúdo inconsciente (WINNICOTT, 1975). As consultas terapêuticas são pautadas na relação inter-humana, de modo a possibilitar o surgimento de um gesto espontâneo em presença do outro, utilizando estratégias clínicas e a própria relação para lidar com a angústia e o sofrimento psíquico.

Dessa forma, sua teoria e clínica aplicam-se a pessoas, crianças, adolescentes ou adultos, pois o *setting* humano e a escuta do analista vão oferecer um espaço potencial onde o brincar possa ser possível. Se o paciente aceita a proposta ele pode ter uma experiência criativa e brincar junto com o terapeuta. Mas, se as duas pessoas estão juntas nesse propósito e o brincar não é possível, então a inibição do brincar é o objetivo principal do trabalho terapêutico, de modo que o paciente torne-se capaz de brincar.

Conclusão

A intuição e a criatividade de Melanie Klein aliadas ao seu interesse científico resultaram em um trabalho vivo até a atualidade, com uma infinita gama de possibilidades e desdobramentos. O brincar, o modo de jogar, a escolha dos brinquedos, a distribuição dos papéis e o contexto onde a brincadeira ocorre formam um caleidoscópio de possibilidades que pode ser compreendido de diferentes modos de acordo com o método psicanalítico e a abordagem escolhida.

A experiência clínica e de pesquisa tem demonstrado a importância do “brincar” que preventivamente favorece a saúde mental e como mediador terapêutico facilita intervenções e favorece mudanças psíquicas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABERASTURY, A. *Teoria y Técnica del Psicoanálisis de Niños.* Buenos Aires: Paidós, 1978.

AIELLO-VAISBERG, T. M. J. A. O ser e o fazer na clínica. In: _____ (Org.) *Anais do V Encontro do Curso de Especialização em Psicoterapia Psicanalítica: A clínica em psicoterapia psicanalítica.* São Paulo: Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, 2001, p. 82-91.

FREUD, S. (1909) *Analisis de La fobia de um niño de cinco años*. Obras Completas de Sigmund Freud, Tomo II. 3. ed., Tradución directa del aleman: L. Lopez-Ballesteros y de Torres. Madrid: Biblioteca Nueva, 1973.

_____ (1920) *Mas Allá del Principio del Placer*. Obras Completas de Sigmund Freud, Tomo II. 3. ed., Tradución directa del aleman: L. Lopez-Ballesteros y de Torres. Madrid: Biblioteca Nueva, 1973.

KLEIN, M. (1923). A importância da formação de símbolos no desenvolvimento do ego. In: _____ *Contribuições à Psicanálise*. Trad. Miguel Maillet. São Paulo: Mestre Jou, 1979, Cap. 11, p. 295-313.

_____ (1932). *Psicanálise da Criança.* Trad. Pola Civeli. 2.ed. São Paulo: Mestre Jou, 1975.

MANNONI, M. *A Primeira entrevista em psicanálise. Prefácio de Françoise Dolto.* (1965) Trad. Roberto C. Lacerda. Rio de Janeiro: Campus, 1981.

PAULO, M.S.L.L. Evolução Histórica da Interpretação da Atividade Lúdica. *Anais do 1° Congresso Brasileiro de Ludodiagnóstico: a brincadeira simbólica, clínica, escola e hospital.* São Paulo: EPPA, FMU, 2009, p.116-122.

_____ Histórico da psicanálise de crianças e sua evolução na teoria das relações objetais*. Anais da II Jornada do Brincar e da Brinquedoteca*. São Bernardo do Campo: Universidade Metodista de São Paulo, 2008.

PÉREZ-RAMOS, A.M.Q.; OLIVEIRA, V.B. (org.) *Brincar é Saúde: o lúdico como estratégia preventiva.* Rio de Janeiro: Wak, 2010.

PÉREZ-RAMOS, A.M.Q. Progressos científicos na qualidade de vida das crianças: o lúdico como estratégia preventiva. In: PÉREZ-RAMOS, A.M.Q.; OLIVEIRA, V.B. (org.) *Brincar é Saúde: o lúdico como estratégia preventiva.* Rio de Janeiro: Wak, 2010. Cap. 1, p.23-39.

TRINCA, W. Atitude Lúdica e Expansão de Consciência. *Anais do 1° Congresso Brasileiro de Ludodiagnóstico: a brincadeira simbólica, clínica, escola e hospital.* São Paulo: EPPA, FMU, 2009, p.10-12.

WINNICOTT, D.W. *Consultas Terapêuticas em Psiquiatria Infantil.* Tradução J.M.X. Cunha. Rio de Janeiro: Imago, 1984.

_____ (1971) *O Brincar e a Realidade.* Trad. José A. Abreu e Vanede Nobre. Rio de Janeiro: Imago, 1975.

ZIMERMAN, D.E. *Fundamentos Psicanalíticos: teoria, técnica e clínica – uma abordagem didática*. Porto Alegre: Artmed, 1999.

CONFERÊNCIA DE JOYCE MCDOUGALL RECEBE LEGENDAS EM PORTUGUÊS: A EXPERIÊNCIA DE UMA EQUIPE DO LABORATÓRIO APOIAR

Yara Malki [57]

José Tolentino Rosa [58]

Resumo

É um relato da experiência de estagiários de uma equipe do laboratório APOIAR na montagem de um DVD a partir da conferência de Joyce McDougall, para ser usado como material de apoio didático, a ser armazenado no acervo da biblioteca "Dante Moreira Leite" do Instituto de Psicologia da USP. O título da conferência da Dra. Joyce para DVD foi *Violência somática, um estudo de câncer e o psicossoma.* A inserção de legendas no filme foi feita com a marcação do tempo para sincronizar a transcrição/tradução de acordo com a duração total do filme; tem-se portanto um modelo que pode ser adaptado para incluir legendas em outros idiomas. Para inserção das legendas foi usado o aplicativo *QuickTime Pro* da *Apple*, com preço acessível e de fácil aquisição. Para passar o filme para a classe, o professor pode usar o aplicativo *QuickTime*, de uso livre, que reproduz bem o filme com as legendas em Português, que passa a fazer parte do acervo da biblioteca do Instituto de Psicologia da USP. São descritas as etapas para inserção das legendas no filme com janelas de 420x120 *pixels* e incluir as legendas na parte inferior da tela. Para ajustar a largura do texto, você usa a janela de propriedades do filme, no QuickTime Pro. A equipe pretende completar o trabalho com o depoimento das estagiárias sobre a adaptação de legendas para compreensão da conferência em inglês.

Descritores: material de apoio didático; psicologia psicossomática; produção de vídeo-conferências; câncer de mama.

[57] Transcritora e tradutora da conferência de Joyce McDougall no II Forum Internacional de Medicina Psicossomática; membro do Laboratório APOIAR; mestre em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento e especialista em Psicoterapia Psicanalítica, ambos pelo Instituto de Psicologia da USP.

[58] Professor doutor do Departamento de Psicologia Clínica; supervisor do Laboratório APOIAR e docente-supervisor do Curso de Especialização em Psicoterapia Psicanalítica da Universidade de São Paulo.

É um relato da experiência de estagiários de uma equipe do laboratório APOIAR na montagem de um DVD a partir da conferência de Joyce McDougall, para ser usado como material de apoio didático, a ser armazenado no acervo da biblioteca “Dante Moreira Leite” do Instituto de Psicologia da USP.

A transcrição da conferência e a preparação do texto das legendas

A tradução da Conferência de Joyce McDougall foi feita por transcrição direta, complementada pelas leituras de algumas publicações da autora em inglês (McDougall, 1991a, 1991b, 1994a, 1994b, 1997, 2002a, 2002b, 2003; Rocha, 1988).

O título da conferência da Dra. Joyce McDougall no Brasil foi "*Violência somática, um estudo de câncer e o psicossoma*" e a TV Med editou o video na Fita Original em VHS. A nosso pedido, transformou a conferência da Dra. Joyce para DVD. Daí foi transformado em MOV para ser editado no Quick Time Pro, aplicativo flexível para salvar em extensões mais compatíveis com os modernos aparelhos eletrônicos.

A conferência foi publicada em 2006 pela *Revista Portuguesa de Psicossomática*, com sede do Porto, Portugal, com o título de *The psychoanalytic voyage of a breast-cancer patient* (McDougall, 2002b). Em Abstract, escreveu: *The author points out the importance of psychological reality in breast cancer patients and the fact that psychological support is essential, though many times neglected, to these patients. A case is presented, in which the patient takes a psychoanalytic voyage, revealing her fears, analysing her way to see cancer, death and life*. O texto serviu de base para ajudar na compreensão dos conceitos focalizados na conferência e as referências incluem as obras consultadas (Rocha, 1988; Winnicott, 1971).

A inserção das legendas no filme

Após a tradução da conferência, foi feita a marcação do filme de acordo com o Quick Time Pro, que inclue a duração total em segundos, salvando-se um arquivo em TXT que foi revisado pela equipe.

Foram necessários dois arquivos para criar um filme com as legendas fechadas: um arquivo original do filme (conferencia_joyce_mcdougall.mov) e

outro com o mesmo nome, com a extensão TXT (conferencia_joyce_mcdougall.txt), incluindo as legendas foram cronometradas de acordo com a informação do arquivo do filme. As legendas serão introduzidas de acordo com esta marcação de acordo com o mesmo filme e serve como um modelo para as legendas, em qualquer idioma.

Tabela 1 - Exemplos dos conteúdos para o arquivo de texto completo (TXT)

Conteúdo	**Marcação de tempo (Closed Captioning)**	**Texto da legenda**
Início do filme	[00:00:00]	Apresentação por Geraldo Caldeira, presidente da ABMP
A conferência	[00:04:33]	Vocês me ouvem, no fundo?... Me ouvem? OK... O título que eu dei para a fala que eu preparei para vocês chama-se: --- Violência somática, um estudo de câncer e o psicossoma
A estrutura psicótica de Sorel	[00:43:42]	Este aspecto do sofrimento psíquico de Sorel lembrou-me da obra de Piera Aulagnier, que frequentemente deu palestras aqui no Brasil, e ela tinha falado dos fatores que contribuem para a estrutura psíquica psicótica
Fantasia inconsciente de rejeição	[00:44:02]	e a convicção de um individuo de ter vivido, quando os pais, consciente ou inconscientemente, desejavam que o

		filho não estivesse lá, que a criança fosse inexistente.
O crime de lesa-Tânatos e a vinganca do objeto interno idealizado	[00:44:17]	Aulagnier se referiu a isto como "le crime de lèse-Thanatos": você deveria ter morrido, mas você continuou vivendo. (Portanto, vai ser castigada)
O conceito de psicossoomatose	[00:44:27]	E isto leva-me para o meu próprio conceito de psicossomatose, como estando intimamente ligado à psicose, mesmo que haja poucos sinais de qualquer semelhança entre as duas estruturas.

Você precisará de usar QuickTime Pro (Windows ou Macintosh). Este programa pode ser adquirido em qualquer loja da Apple. O aplicativo QuickTime é de uso livre para reproduzir o filme gerado pela equipe, mas deve ser atualizado para o QuickTime Pro para ser usado para inserir as legendas. O QuickTime atende bem aos filmes finais, em várias extensões.

Procedimento para inserção de legendas no filme

Usamos para inserir as legendas o decodificador Ensharpen para QuickTime Pro, disponível livremente a partir da URL: http://www.techsmith.com/download/codecs.asp da seguinte forma:

a) Abrir o arquivo de texto (*.txt).

b) Substituir o texto em português para as legendas de sua tradução, por exemplo para o francês, salvando o arquivo original com outro nome. Você deve conservá-lo como um arquivo de texto puro. Como você vai usar o mesmo filme, não poderá mudar os números de apoio acima de cada legenda.

Estes números determinam a colocação da legenda ao longo do tempo, da duração do filme.

Quando se usa um computador Macintosh, você precisará de mudar o ajuste da fonte nas linhas introdutórias para uma fonte disponível do Mac, ao invés da fonte Arial Unicode MS como se apresenta no modelo para PC Windows.

No QuickTime Pro, usar o comando de arquivo File>Open para abrir o arquivo de texto. Lembrar que você precisará de ajustar o tipo de arquivo para todos os arquivos. Você estará em frente a uma pequena tela preta.

Selecionar o menu Edit>Select All e, então, Edit>Copy no QuickTime Pro.

Fechar o arquivo de texto gerado no Quick Time Pro.

Ainda no QuickTime Pro, usar o comando do menu File>Open para abrir o arquivo do filme. Certifique-se de que a seta da barra da janela do filme no Quick Time Pro está posicionada para iniciar o filme.

No arquivo do filme, selecionar Edit>Add to Film para incluir as legendas do texto ao filme. Não colar a informação da legenda diretamente. Precisa usar o comendo Edit>Add to Filme.

Para posicionar as legendas na parte inferior da tela, no filme de QuickTime, selecione as propriedades do filme na janela Window>Show.

Selecionar a trilha de texto.

Abrir a aba de ajustes visuais.

Mudar a opção da janela para 420x120 pixels para incluir as legendas na parte inferior da tela. É a largura da tela onde será incluído o texto da legenda e pode ser ajustado. Para ajustar a largura do texto, você precisará de editar o arquivo de texto. Para ajustar as margens esquerda, você trabalha nesta janela.

Fechar a janela de propriedades do filme.

Você pode agora salvar o filme como um novo arquivo de filme com as legendas selecionando o comando do menu File>Save, ou exportar este arquivo transformado para outro arquivo, como *.mp4, que pode ser rodado em qualquer sistema de computador: Mac OS 10 (Apple), Windows (PC) ou Linux, selecionando o comando no menu File>Export. Sugerimos que você mantenha o filme em um formato de alta qualidade, porém há muitas opções para escolher.

Seguindo as instruções acima você terá um arquivo de Filme com o som original e as legendas por você traduzidas. Se você precisar, pode adicionar uma própria trilha audio, pois o QuickTime Pro pode igualmente ser usado para substituir a trilha atual de audio pela sua própria trilha gravada, no caso de dublagem de voz.

Entretanto, nesse caso você precisará de combinar o sincronismo da trilha de audio original, que pode exigir um programa para editar a gravação e adaptar o novo sincronismo da nova trilha sonora.

Embora nossa equipe não tenha usado este aplicativo, há bons relatos sobre o uso do aplicativo Audacity, uma opção razoável por ser um aplicativo livre da Audacity, disponível em http://audacity.sourceforge.net

O DVD como material de apoio didático: opinião das estagiárias

Após a montagem de DVD sobre o *Atendimento Psicológico e Clínico a Pacientes com Câncer* a equipe assistiu novamente a fita sobre a conferência de Joyce McDougall, com as respectivas legendas e fez comentários sobre as vantagens e desvantagens da introdução das legendas. No momento, o trabalho encontra-se em fase de coleta e sistematização destes depoimentos.

Referências

McDougall, J. (1991a). *Em Defesa de uma Certa Anormalidade: Teoria e clínica psicanalítica* (C. E. Reis, Trans. 4ª ed.). Porto Alegre, RS: Artes Médicas.

McDougall, J. (1991b). *O Divã de Procusto*. Porto Alegre, RS: Artes Medicas.

McDougall, J. (1994a). Corpo e linguagem: da linguagem do soma às palavras da mente (trad. de Nilde Jacob Parada Franch). *Revista Brasileira de Psicanálise, 28*(1), 75-98.

McDougall, J. (1994b). Un bouclier dans l'économie des états limites: l'espoir: Anna Potamianou Collection Le fait psychanalytique Presses Universitaires de France, Paris, 1992. *Canadian J. Psychoanal., 2*, 271-273.

McDougall, J. (1997). Somatic Violence and the Therapeutic Relationship. *Canadian J. Psychoanal., 5*(51-72).

Mcdougall, J. (2002a). *As Múltiplas Faces de Eros*. Sao Paulo: Martins Fontes.

McDougall, J. (2002b). The psychoanalytic voyage of a breast cancer patient. *Revista Portuguesa de Psicossomática, 4*(1), 51-70.

McDougall, J. (2003). Commentary on "Anaesthesia or psychotherapy: Eradicating thoughts or working them through". *Int. J. Psycho-Anal., 84*, 211-215.

Rocha, F. J. B. (1988). A psicanálise e os pacientes somatizantes: introduçäo às idéias de Joyce McDougall. *Revista Brasileira de Psicanálise, 22*(1), 27-41.

Winnicott, D. W. (1971). *O Brincar e a Realidade* (J. O. A. Abreu & V. Nobre, Trans.). Rio de Janeiro: Imago.

TRABALHOS COMPLETOS SER E FAZER

USP

O ACIDENTE DE FLIC: A APRESENTAÇÃO DO ACONTECER CLÍNICO COMO NARRATIVA BRINCANTE

Fabiana Follador e Ambrosio[59]
Walkíria Cordenonssi Cia[60]
Tânia Maria José Aiello Vaisberg[61]
Pontifícia Universidade Católica de Campinas

RESUMO

Objetivo – Intencionamos verificar o uso de narrativas psicanalíticas brincantes como estratégia heurística na produção de conhecimento. Compreendemos que a necessidade de apresentação de material clínico na pesquisa psicanalítica deve ser problematizada, levando em conta o impacto invasivo causado a partir da auto-identificação dos pacientes nas comunicações dos analistas. Metodologia – Elaboramos estudo fundamentado na substituição de relatos literais de sessão pela apresentação de registros do acontecer clínico sob a forma de narrativas brincantes, de caráter ficconal, no contexto do grupo de pesquisa. As associações livres, hipóteses e compreensões produzidas pelos pesquisadores diante destas narrativas são anotadas e, num segundo momento, comparamos as percepções clínicas do grupo com aquilo que surge a partir dos relatos não ficcionais dos mesmos casos. Resultados e Discussão – A utilização deste tipo de proposta vem revelando-se bastante produtiva no contexto dos grupos de pesquisa. Uma vez que se pretende, ao mesmo tempo, dificultar maximamente a auto-identificação dos pacientes/participantes, bem como assegurar a apresentação do acontecer clínico, compreendemos que tal

[59] Psicóloga e Mestre em Psicologia Clínica pelo IPUSP. Doutoranda em Psicologia pela PUCCAMP. Bolsista CNPq.

[60] Psicóloga (IPUSP), especialista em Assistência Psicoprofilática em Medicina Fetal pela UNIFESP/EPM. Colaboradora da 'Ser e Fazer': Oficinas Psicoterapêuticas de Criação. Assistente de coordenação e responsável pela Oficina de Cores.

[61] Professora Livre Docente pelo Instituto de Psicologia da USP; Orientadora dos Programas de Pós-Graduação em Psicologia do IPUSP e da PUCCAMP; Coordenadora da 'Ser e Fazer': Oficinas Psicoterapêuticas de Criação e do NEW - Núcleo de Estudos Winnicottianos de São Paulo.

procedimento abrange o cuidado com o rigor científico, mas também atenta à preservação do bem-estar psicológico dos participantes/pacientes, efetivando um cuidado ético.

UMA TAREFA DIFÍCIL

> *"(...) é verdadeiramente muito complicado fazer esses relatórios, e digo frequentemente que os eminentes membros titulares são muitas vezes bem incapazes de fazer o que exigem de seus candidatos. Ocorre-me dizer, um pouco como provocação, que a melhor maneira dos candidatos se saírem bem desta obrigação seria se inventassem um caso, um pouco à maneira de Borges, um caso fictício, onde poderiam pôr mais em evidência seu desenvolvimento. Na medida em que se tratasse de um caso imaginário, eles estariam completamente livres de tudo o que puderam efetivamente experimentar como dificuldade, mal-estar, desinteresse."*
>
> *Jean-Bertrand Pontalis, 2002, p.32*

A afirmação que escolhemos para iniciar essa comunicação data de 2002 e encontra-se em um volume do Jornal de Psicanálise[62], intitulado "O Caso Clínico, sua Narrativa". Faz parte da transcrição de entrevista com o psicanalista francês e discorre sobre as dificuldades e importância de um elemento particular do percurso institucional: a elaboração do relatório clínico.

Mais que 'provocativo', o comentário de Pontalis lembra-nos que estamos, pesquisadores e analistas, diante de problemática delicada: a escrita psicanalítica.

[62] Publicação do Instituto de Psicanálise da Sociedade Brasileira de Psicanálise de São Paulo (SBPSP).

Ora, uma vez que o conhecimento científico constrói-se tendo como elemento fundamental a interlocução com a comunidade acadêmica, como devem os psicanalistas elaborar seus relatos?

Sabemos que Freud era escritor entusiasmado e produtivo. Registrou suas idéias em cartas e artigos, descrevendo suas próprias reminiscências oníricas, experiências com pacientes, encontros com obras de arte, em vários volumes e para muitos interlocutores. Foi graças a esse esforço que pudemos conhecer sua inovação – vale dizer, a apresentação de um método investigativo das ciências humanas, o método psicanalítico – e trazer-lhe contribuições. Entretanto, devemos lembrar que o fundador da psicanálise encontrava-se nos idos de 1900, trabalhando arduamente para apresentar suas idéias, sua "descoberta", à comunidade, requerendo o status de criador de uma nova ciência. Encontrava-se em época distinta da nossa, tanto no que concerne ao momento inaugurante da psicanálise, quanto às condições sociais e tecnológicas.

O desenvolvimento tecnológico que colore a contemporaneidade proporcionou uma radical mudança na difusão de informação. Alcançamos patamares sem precedentes anteriormente na História. Acompanhamos acontecimentos em todo o mundo e podemos facilmente comunicar-nos com pessoas que se encontram a milhares de quilômetros, criando muitas possibilidades. Recebemos informações em tempo real, de modo extremamente facilitado e interativo. Essa mesma tecnologia tornou-se valorosa também no âmbito da produção de conhecimento, uma vez que permite acesso rápido e eficiente às publicações científicas, nacionais e internacionais. Entretanto, da mesma forma que a comunidade acadêmica encontra registros de estudos, os pacientes/participantes das pesquisas também procuram por informações sobre uma problemática particular, até mesmo sobre seus analistas, estando, portando, expostos a uma diversa gama de informações.

Compreendemos que o auto-reconhecimento em relatos clínicos pode ser gerador de angústias, sendo, portanto, elemento invasivo que pode comprometer a continuidade de ser (Winnicott, 1945). Nada mais espantoso que tal perturbação seja originária a partir da pessoa do analista.

Parece que esbarramos com uma situação desconcertante: a necessidade do analista e/ou pesquisador de comunicar suas experiências clínicas, buscando gerar contribuições à ciência a partir do diálogo com os pares, resvalando na impossibilidade de exposição de peça-chave para a existência do encontro – o paciente.

ESCREVER É NECESSÁRIO.
NARRAR A EXPERIÊNCIA ANALÍTICA É (IM)POSSÍVEL?

> *"Estamos, aí também, diante de uma contradição: por um lado, todo leitor está no direito de esperar que seja feita, de uma maneira ou de outra, referência à prática. É uma experiência legítima a de ter uma idéia do que é efetivamente uma análise." Pontalis, 2002, p.34*

Atualmente no Brasil encontra-se em vigor, como tentativa de garantia de preservação dos participantes das pesquisas com seres humanos, o uso do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que, de acordo com a resolução CNS n^{o} 196/96 traz informações sobre o tema da pesquisa e pede que o participante, ciente desta sua condição, concorde com a divulgação dos resultados obtidos com sua participação. Compreendemos que basear a pesquisa científica no campo das ciências humanas apenas em tal assunção é, no mínimo, uma concepção ingênua.

Pesquisadores e psicanalistas, submetidos à exigência de uso dos termos de consentimento e ávidos por comunicar seus estudos, acabam atendo-se apenas a um dos aspectos envolvidos – o sigilo, compreendido como a impossibilidade de pessoas externas ao encontro paciente-analista venham a reconhecer o analisando. Entretanto, mesmo fornecendo alternativa para a realização da escrita psicanalítica, parece que um sentimento de transgressão ou de incapacidade ainda prevalece.

Encontramos comunicações de analistas posicionando-se dentro desse debate, ressaltando a importância das comunicações escritas, mas considerando as dificuldades encontradas na sua elaboração (Ungier, 2006; Pontalis, 2002; Herrmann *et all*, 2002). Na tentativa de compreender a razão e

a natureza das dificuldades, alguns trabalhos atêm-se aos aspectos transferenciais e contratransferenciais envolvidos (Bittencourt, 2006), nos processos analíticos em andamento (Winnicott, 1964), na diferença que possa existir entre a interpretação anunciada ao paciente e os conteúdos registrados por escrito (Mezan, 2006) e nas inibições pessoais do analistas, em formação ou não (Leal, 2006).

É interessante notar que vários desses elementos apontados relativos à apresentação de vinhetas ou casos clínicos, referem-se às dificuldades ou constrangimentos da parte do analista-escritor. Por outro lado, menção ao possível dano que o auto-reconhecimento nos escritos publicados pelo analista possa causar aos pacientes também é elemento levantado, porém, pouco debatido. Lembrando-se da desastrosa situação enfrentada pelo Homem dos Lobos[63], os autores assinalam a existência de um impacto causado pelas comunicações dos analistas - orais, escritas e, atualmente, realizadas por meio de vídeo conferências, disponíveis na internet – sobre suas experiências clínicas:

> "Mesmo se eu quisesse inventar um caso ficcional, eu iria inventar sobre a pessoa que viveu aquele drama. Eu tenho a impressão que, se aquele moço lesse, ele saberia que era ele. Eu não sei como os analistas pensam esta questão depois que se conhece o caso do Homem dos Lobos, o Pequeno Hans, o Homem dos Ratos. Ser publicado tem um significado para aquele paciente, mesmo que ele seja a inspiração de uma ficção." – (Herrmann *et all*, 2002, p.23).

Há alguns anos, como pesquisadoras comprometidas com o desenvolvimento de dispositivos psicoterapêuticos que possam ser utilizados nos equipamentos de saúde pública brasileiros, deparamo-nos com a delicada tarefa de expor à comunidade científica os resultados de nossas investigações.

[63] "No caso dos pacientes de Freud foram efeitos devastadores. Quando o Homem dos Lobos atendia ao telefone em casa e perguntavam: '*Quem é?*', ele dizia: '*É o Homem dos Lobos*.'"(Herrmann *et all*, 2002, p. 24)

As apresentações dos enquadres diferenciados propostos, uma vez que se propõem essencialmente clínicos, passam pela comunicação das vivências dos pesquisadores/analistas, em seus atendimentos em grupos, em suas entrevistas individuais, nas consultas psicoterapêuticas.

Neste panorama e a partir de estudos prévios (Aiello-Vaisberg, 2004; Granato e Aiello-Vaisberg, 2004; Baptista e Aiello-Vaisberg, 2004), emerge a concepção de uma possibilidade de apresentação do aconter clínico, denominada *narrativa psicanalítica* (Aiello-Vaisberg e Machado, 2005). Com essa proposição, rigorosamente fiel ao método psicanalítico, as comunicações clínicas passam a ser elaboradas como narrativas transferenciais, inserindo-se em campo intersubjetivo, uma vez que esse tipo de registro necessariamente inclui a experiência subjetiva do pesquisador/analista. Compreendemos, portanto, que, no momento da elaboração da narrativa psicanalítica, o pesquisador/analista encontra-se maximamente próximo à experiência, adotando uma postura fenomenológica. (Aiello-Vaisberg *et al*, 2009).

Compreendemos que esta proposta metodológica, inspirada nas concepções blegerianas (Bleger, 1963), proveitosamente apresenta-se como a concretização do método psicanalítico, mantendo-se próxima ao acontecer clínico. Entretanto, a visibilidade que traz ao conhecimento do leitor a dramática vivida, também expõe todos os envolvidos, analista e paciente.

Apresentamos, como elemento a ser adicionado a esse amplo debate, uma modificação da proposta metodológica inicial, que consiste na elaboração editorial da narrativa psicanalítica, a partir do uso de elementos ficcionais para compor uma história que, ao mesmo tempo que carrega a verdade dramática vivida no encontro, com seus elementos psicodinâmicos principais, propõe-se a proteger os pacientes do auto-reconhecimento. São as *narrativas brincantes*.

A vinheta que veremos a seguir faz parte da *narrativa brincante* que elaboramos a partir de um encontro clínico. Nessa elaboração, contamos a história de Flic, um pinguim que sofreu um acidente e que, tempos depois, procura ajuda psicológica:



Flic é um pingüim que habita o sul do continente. É agitado e adora cuidar dos outros pingüins que o procuram freqüentemente pedindo ajuda. Nunca passa despercebido quando chega em algum lugar, pois é brincalhão e demonstra muita vivacidade através da sua extroversão. Mas, de fato, ninguém conhece Flic, pois por trás daquele esforço em demonstrar sempre uma grande alegria, existe alguém que se sente muito sozinho e que possui muita dificuldade em expor os seus sentimentos. Essa situação fez com que ele há alguns anos procurasse ajuda nas reuniões que são realizadas pelos pinguins-de-olhos-amarelos.

(...)

Certo dia, em sua reunião semanal com outros pinguins, Flic animadamente contava sobre suas viagens pelos oceanos; parecia empolgado e conquistava a atenção de todos. Pelo transcorrer da conversa Nanuk, que cuidava do grupo, imaginou que Flic continuaria a encantar os colegas com mais histórias de aventuras, falando de suas peripécias, mas surpreendeu-se, uma vez que tanto o tom da conversa quanto o assunto modificaram-se: Flic passou a contar, pesarosamente, sobre o ambiente de seu trabalho, sobre as responsabilidades das suas atividades na hierarquia dos pingüins-azuis. Agora muito entristecido, contava ao grupo que não se sentia bem, parecia isolado de alguma forma. Lembrou-se que levava sua vida batalhando por comida e fugindo dos predadores, como a maioria dos pinguins, até que um dia um evento desastroso mudou a sua vida.



Pretendendo investigar o uso de *narrativas brincantes* como estratégia metodológica de pesquisa psicanalítica, elaboramos um estudo que parte da substituição dos relatos literais das sessões pela apresentação de registros do acontecer clínico sob a forma de *narrativas brincantes.* As associações livres, hipóteses e compreensões produzidas pelos participantes do grupo de pesquisa[64] diante destas narrativas são anotadas e, num segundo momento, comparamos as percepções clínicas do grupo com aquilo que emergia a partir dos relatos não ficcionais dos mesmos casos.

Compreendemos que a possibilidade de máxima preservação dos elementos afetivo-emocionais presentes no acontecer clínico, assim como a preocupação em resguardar os pacientes/participantes de invasões emocionais ocasionadas no contato com as considerações dos analistas/pesquisadores, situação que se torna cada vez mais provável, são elementos constituintes deste tipo de material. Dessa forma, o uso de narrativas brincantes apresenta-se como estratégia heurística rigorosa na produção de conhecimento clínico psicanalítico, podendo ser construtivamente empregada na pesquisa psicanalítica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AIELLO-VAISBERG, T. M. J. (2004) *Ser e Fazer*: Enquadres Diferenciados na Clínica Winnicottiana. Aparecida: Idéias e Letras, 2004. p. 9-21.

[64] Trata-se do Grupo de Pesquisa CNPq “Atenção Psicológica Clínica em Instituições: Prevenção e Intervenção”, da PUCCAMP.

AIELLO-VAISBERG, T. M. J.; MACHADO, M. C. L; AYOUCH, T.; CARON, R.; BEUANE, D.. Les récits transferenciels comme présentation du vécu clinique: une proposition méthodologique IN BEAUNE, D. *Psychanalyse, Philosophie, Art: Dialogues.* Paris: L'Harmattan, 2009, p. 39-52.

AIELLO-VAISBERG, T. M. J.; MACHADO, M. C. L. (2005). Narrativas: o Gesto do Sonhador Brincante. In: Trabalhos do IV Encontro Latino Americano dos Estados Gerais da Psicanálise. São Paulo: Estados Gerais da Psicanálise, 2005.

BAPTISTA, A. M.; AIELLO-VAISBERG, T. M. J. (2004).O Coelhinho Ludovico: intervenção na clínica winnicottiana. In Aiello-Vaisberg, T. e Ambrosio, F. F. (orgs.) *Cadernos Ser e Fazer – O Brincar*. São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, 2004. p.58-62.

BLEGER, J. (1963) *Psicologia de la conduta*. Buenos Aires: Paidós, 1977.

BITTENCOURT, A. M. L. (2006) Conversa Fiada – a narrativa clínica em psicanálise. In *TRIEB*, vol V (1), p. 79-86.

GRANATO, T. M. M.; AIELLO-VAISBERG, T. M. J. (2004) Tecendo a pesquisa clínica em narrativas psicanalíticas. In *Mudanças – Psicologia da Saúde*, 12 (2), 253-271

HERRMANN, F.; CHAVES, L. P.; LIMA, L. T. O.; FAVILLI, M. P. (2002). Debate: O Caso Clínico, sua Narrativa. In Jornal de Psicanálise, São Paulo, 35 (64/65): 9-27, dez.2002.

LEAL, C. P. (2006) Buscanco as palvras, reencontrando a psicanálise. In *TRIEB*, vol V (1), p. 87-96.

MEZAN, R. (2006). Sete Sugestões para Quem Escreve. In *TRIEB*, vol V (1), p. 41-62.

PONTALIS, J-B. [15 novembro, 2002].São Paulo: *Jornal de Psicanálise*, 35 (64/65): 29-47, dez.2002. Entrevista concedida a Marcelo Marques.

UNGIER, A. (2006). Recordar, Repetir, Escrever: escrever é preciso. In *TRIEB*, vol V (1), p. 65-72.

WINNICOTT, D. W. (1945) Desenvolvimento Emocional Primitivo. In *Textos Selecionados Da Pediatria à Psicanálise*. Tradução de Jane Russo. Rio de Janeiro: Francisco Alves, p. 269-285, 1993.

WINNICOTT, D. W. (1964). Transtorno (disorder) psicossomático. In Winnicott, C.; Shepherd, R; Davis, M. (Org.). *Explorações psicanalíticas: D. W.*

Winnicott. Tradução: José Octavio de Aguiar Abreu. Porto Alegre: Artes Médicas, p. 82-93, 1994.

IMAGINÁRIO COLETIVO DE ESTUDANTES DE PSICOLOGIA SOBRE O PRIMEIRO ATENDIMENTO CLÍNICO

Sueli Regina Gallo-Belluzzo[65]

Elisa Corbett[66]

Tânia Maria José Aiello-Vaisberg[67]

Resumo:

Este estudo é parte integrante de uma pesquisa sobre o imaginário coletivo de estudantes de psicologia sobre o primeiro atendimento clínico. Consideramos que o trabalho pedagógico no contexto da formação do psicólogo é um processo complexo que articula transmissão de conhecimentos científicos com mudanças na atividade imaginativa, que concebemos, adotando a perspectiva da psicologia concreta de José Bleger, como condutas. Como estratégia investigativa, o Procedimento de Desenhos-Estórias com Tema foi utilizado como organizador de uma entrevista grupal para abordagem de pessoalidade coletiva, sendo solicitado a 52 estudantes que desenhassem e escrevessem uma história sobre "um aluno de psicologia em seu primeiro atendimento clínico". Destas produções escolhemos, para o presente trabalho, três desenhos-estórias que retratam a crença de que o aluno de Psicologia não está devidamente preparado para a tarefa de realizar um atendimento clínico. Estas produções nos levam a refletir sobre o trabalho pedagógico no contexto da formação de psicólogo, que não consiste apenas na transmissão de conhecimento, mas também em facilitar uma aproximação mais autêntica e espontânea do aluno com seu paciente.

Palavras-chave: Imaginário Coletivo. Formação Profissional e Psicologia. Psicanálise.

---

[65] Psicóloga e Mestre em Psicologia Clínica pela PUCCAMP. Doutoranda em Psicologia pela PUCCAMP. Bolsista Cape. Docente do Curso de Psicologia da Faculdade de Jaguariúna.

[66] Psicóloga (IPUSP). Especialista em Sexologia Clínica pela Escola de Extensão da Unicamp. Mestre e Doutoranda em Psicologia pela PUCCAMP. Bolsista CNPq.

[67] Professora Livre Docente pelo Instituto de Psicologia da USP; Orientadora dos Programas de Pós-Graduação em Psicologia do IPUSP e da PUCCAMP; Coordenadora da 'Ser e Fazer': Oficinas Psicoterapêuticas de Criação e do NEW - Núcleo de Estudos Winnicottianos de São Paulo

O Imaginário Coletivo

O conceito de imaginário vem sendo bastante usado em várias áreas do conhecimento. Na psicologia propriamente dita, predominam duas perspectivas: a de G. Durand, que faz referência ao mundo mítico-arquetípico, e a de J. Lacan, cuja noção de imaginário é elaborada na descrição do espelho, sendo o Eu aprisionado no espelho, externo ao objeto, mas objetificado (GALIMBERTI, 2006).

Adotando um referencial teórico, que articula as contribuições de Bleger (1963) com o pensamento winnicottiano, enveredamos por um caminho diferente, que não se confunde com a propostas lacanianas nem pós-junguianas. Assim, concebemos o imaginário coletivo como complexo ideo-afetivo, fenômeno da conduta que ocorre no contexto da intersubjetividade, com o objetivo de dar o devido valor ao substrato afetivo-emocional das manifestações simbólicas que influenciam as ações no mundo. Ao utilizarmos tal conceito referimo-nos tanto à conduta imaginativa em si, quanto ao seu produto, vale dizer, o ambiente humano, que se apresenta como uma coleção de imagens, crenças, valores, etc. (AIELLO-VAISBERG e MACHADO, 2008).

Investigamos o imaginário dos estudantes de psicologia sobre a primeira entrevista clínica, pois esse conhecimento permitirá desenvolver estratégias de ensino visando mobilizar os alunos a refletir sobre o encontro com o paciente e as emoções despertadas e criar um ambiente psíquico propício para ajudá-los a elaborar essas vivências.

Estratégias Metodológicas

Para investigar o imaginário de estudantes de psicologia sobre o atendimento clínico, decidimos utilizar um procedimento que facilitasse a expressão subjetiva dos participantes, possibilitando um maior detalhamento do substrato afetivo-emocional. Escolhemos o enquadre diferenciado de pesquisa denominado *entrevista grupal para abordagem da pessoalidade coletiva* (ÁVILA; TACHIBANA; AIELLO-VAISBERG, 2008).

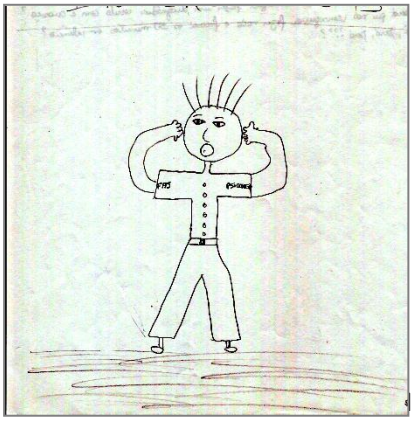
O cenário da pesquisa foi a sala de aula do 7º semestre do curso de Psicologia de uma faculdade particular do interior paulista, onde uma das

pesquisadoras é docente da disciplina psicodiagnóstico. Participaram da pesquisa 52 estudantes que iriam realizar seu primeiro atendimento clínico, na disciplina psicodiagnóstico. Utilizamos o Procedimento Desenho-Estória com Tema (AIELLO-VAISBERG, 1999) como recurso dialógico, empregado no sentido de criar um ambiente que facilite a comunicação emocional e o brincar no grupo. Este mediador dialógico é análogo ao Jogo do Rabisco winnicottiano (WINNICOTT, 1968/1994). Assim como o Jogo do Rabisco, pode ser considerado como forma sofisticada de brincar, que serve de suporte para a expressão subjetiva. Convidamos os alunos a, individualmente, desenhar numa folha de papel sulfite um aluno de psicologia em seu primeiro atendimento clínico e, em seguida, escrever uma história sobre a figura desenhada.

Dos desenhos-estórias obtidos escolhemos alguns que retratam o que motiva uma pessoa a escolher a profissão de psicólogo. Este material foi abordado a partir do método psicanalítico. Entendemos que a pessoa que recebeu o convite para desenhar e a seguir inventar uma história sobre um tema, seguindo sua livre vontade, está "associando livremente" a partir da instrução recebida. O material é recebido pelo pesquisador psicanalista a partir da "atenção equiflutuante", ou seja, realiza a captação do material sem crítica ou intenção pré-determinada (AIELLO-VAISBERG; MACHADO, 2008; SILVA, 1993).

Os Desenhos-Estórias

Apresentamos a seguir as três produções que escolhemos para este estudo. Este material aborda o sentimento de que o aluno de Psicologia não está devidamente preparado para a tarefa de realizar um atendimento clínico. Eles expressam ansiedade e medo para realizar a tarefa. Tomamos inicialmente a seguinte produção:

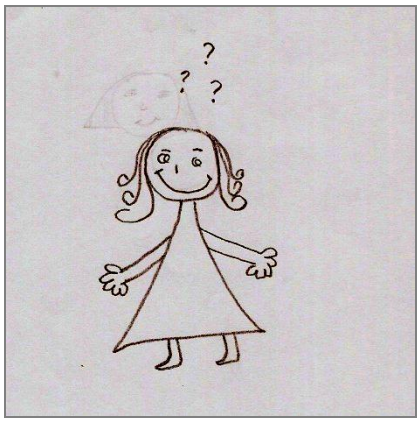


> *" – Sábado, 14 de Março de 2009, o despertador toca no quarto de Eduardo; ele levanta, toma um banho e só então lembra que este é o seu primeiro dia de atendimento na Interclínicas. Após o banho, Eduardo vai até a cozinha para tomar café mas não consegue comer nada pois está muito ansioso e receoso por esse primeiro atendimento. Sua mãe tenta tranqüilizá-lo e o leva até a Interclínicas. Durante o caminho ele até consegue se distrair e conversa sobre outros assuntos, mas ao chegar na Interclínicas a ansiedade e o medo aumentam e ele pensa: "E agora será que realmente estou preparado para isso? Será que vou conseguir colocar em prática tudo o que aprendi na faculdade? Será que vou conseguir fazer um diagnóstico correto com a criança? Ou será que não conseguirei fazer nada e ficarei os 50 minutos em silêncio? Será, será, será????"*

Antes de realizar seu primeiro atendimento clínico o aluno expressa ansiedade, medo pela percepção de que ainda não se sente preparado para a tarefa. Aqui o mundo é concebido como fonte de apoio, proteção e tolerância, como se espera tratar uma criança. Observa-se uma evidente infantilização, visto que coloca a mãe acompanhando-o e tranqüilizando-o durante o percurso até a clínica-escola. Lembra uma criança que está a caminho da escola, pela primeira vez. A figura é de um ser frágil e apavorado. Seus pensamentos são carregados de dúvidas sobre se terá condições de realizar a tarefa. Ele não se sente preparado. O que ele nos comunica? O curso preparou-o para este momento? Penso que ele se queixa à professora: "você exige que eu execute uma tarefa para a qual não me preparou adequadamente". Fala de uma condição interior, que executa sua rotina com tranquilidade, que foi abalada por uma exigência externa, da professora, de executar uma tarefa, para a qual não foi devidamente preparado. A ansiedade é tão intensa que este aluno não faz alusão à possibilidade de melhora de seu estado.

Na outra produção o aluno procura se defender desta ansiedade assumindo uma postura onipotente de que consegue conduzir bem a entrevista

com o paciente, que é o avesso do medo. A psicanálise ensina que o oposto, o avesso, é a “outra face da moeda”.

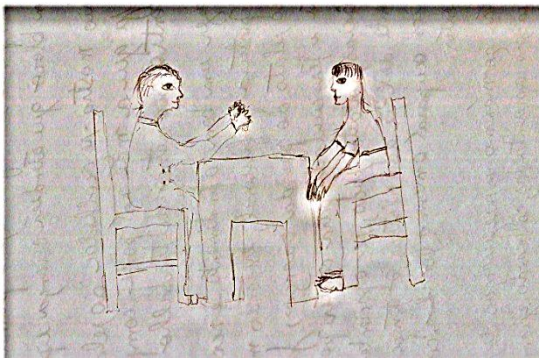


“Marcela, no seu primeiro dia de trabalho em sua clínica, estava com muitas dúvidas. Pois sabia que a prática é muito diferente da teoria. Embora com tudo fresquinho em sua cabeça o medo de abordar os pacientes estava em sua mente, mas nem por isso ela iria deixar de enfrentar o que temia. Pois sabia que era autosuficiente.”

Estas produções apontam para uma preocupação desses alunos de que não sabem o suficiente para atenderem um paciente. Seus pensamentos são carregados de dúvidas sobre se terão condições de realizar a tarefa. O curso preparou-os para este momento? A ansiedade é tão intensa que os alunos não fazem alusão à possibilidade de melhora de seu estado. Pensam que se tivessem sido melhor preparados, teriam mais condições de realizar o atendimento.

O segundo desenho-estória expressa a crença onipotente de que não será surpreendido, pois domina a tarefa. Essa crença tem caráter defensivo. Aparentemente, no universo desse aluno, incompetência e falta de domínio da tarefa são compreendidos como fatores indicativos de fracasso profissional.

O terceiro desenho-estória é mais surpreendente:



“Estudantes do 4º ano (7º semestre) de Psicologia prepararam-se junto às respectivas supervisoras da faculdade onde fazem o curso, para realizar o seu primeiro atendimento, de um bloco que atenderá criança e pais.O estagiário mostra-se acolhedor ao relato do pai da criança, já que a mãe não pôde comparecer ao primeiro encontro por motivo de trabalho.Para se fazer um bom atendimento é necessário manter uma postura profissional, evitando muitas interrupções ao relato do pai da criança, falar mais que o paciente e ter cuidado para conter possíveis contratransferências. Por outro lado, se o paciente falar descontroladamente, deve-se administrar o tempo, pois outros estagiários ocuparão o mesmo local, com os respectivos pacientes.Evitar ao máximo as inseguranças de resoluções/ajuda às situações apresentadas, colocando, quando não souber o que fazer, que com o desenrolar do atendimento o aspecto levantado será novamente abordado. Não só o estagiário da história como qualquer outro, deve embasar teoricamente seus procedimentos para poder ajudar ao máximo seu(s) paciente(s).”

Esse aluno demonstra que domina o que foi ensinado, porém, observamos uma atitude submissa, pois na história a mensagem é que o aluno decorou e vai reproduzir o que os professores transmitiram. Trata-se, pois, de uma aprendizagem passiva, já que apenas reproduz o que foi ensinado. Esta produção apresenta-nos a crença de que atender o paciente está ligado ao sabe, que uma boa entrevista clínica é possível quando há um domínio da

teoria. Assim, os alunos estão inseguros para executarem a tarefa, porque não receberam informações teóricas suficientes.

Considerações Finais

A partir das constatações destas produções somos conduzidas a pensar como é a formação que damos aos nossos alunos. Como estão estruturados os cursos de Psicologia? Temos proporcionado um ensino que possibilita o gesto espontâneo destes alunos, ou é um ensino que estimula a cópia precisa das teorias e orientações sobre como conduzir-se diante do paciente? Em que medida as faculdades têm contribuído para criar esse tipo de imaginário coletivo, dando ênfase ao conhecimento teórico? Quantos cursos de psicologia se preocupam com a preparação emocional do aluno para o encontro e a relação a ser estabelecida entre o estudante e o paciente?

Muitas discussões ocorrem sobre os profissionais que as faculdades estão formando. Porém, quando se trata da formação de pessoas que vão cuidar de indivíduos que trazem a demanda de sofrimento, é fundamental pensarmos, também, em proporcionar condições para o desenvolvimento emocional deste futuro profissional.

Diante da fragilidade do paciente, o aluno é confrontado com a realidade da sua impotência, do seu despreparo, que geram angústia. Nosso trabalho, como educadores, é desenvolver enquadres de ensino que facilitem o lidar com as experiências emocionais despertadas pelo encontro com o paciente, pois consideramos que o trabalho pedagógico no contexto da formação do psicólogo não consiste apenas em transmitir informações sobre como realizar um atendimento psicológico, mas também em facilitar uma aproximação mais autêntica e espontânea do aluno com seu paciente. Acreditamos que o trabalho flua melhor quando o docente pode estabelecer um ambiente emocional propício para a elaboração das vivências dos estudantes frente ao atendimento de seu paciente. Ensinar os alunos a realizar um psicodiagnóstico não é apenas prover-lhes uma base teórica, mas prepará-los para lidar com relações entre pessoas, com encontros inter-humanos, onde é importante a pessoalidade do profissional. Do nosso ponto de vista, há que realizar um trabalho pedagógico que envolve a transformação de crenças, sentimentos, idéias e valores relativos ao atendimento psicológico, que os alunos trazem

consigo. Assim compreendemos que, no campo da formação de psicólogos, esta tarefa não se completa pela substituição de uma informação por outra.

Referências

AIELLO-VAISBERG, T. M. J. *Encontro com a Loucura*: Transicionalidade e Ensino de Psicopatologia. 1999. Tese (Livre Docência em Psicologia) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo. 1999.

AIELLO-VAISBERG, T. M. J.; MACHADO, M. C. L. Pesquisa Psicanalítica de Imaginários Coletivos à Luz da Teoria dos Campos. In: MONZANI, J.; MONZANI, L. R. (Org.). *Olhar: Fábio Herrmann uma Viagem Psicanalítica*. São Carlos: Pedro e João Editores/CECH - UFSCar, pp. 311-324, 2008.

ÁVILA, C. F.; TACHIBANA, M.; AIELL0-VAISBERG, T. M. J. Qual é o Lugar do Aluno com Deficiência? O Imaginário Coletivo de Professores sobre a Inclusão Escolar. *Paidéia*, v.18 n.39, p. 155-164, 2008.

BLEGER,J. *Psicologia de la Conduta.* Buenos Aires, Paidos, 1963.

GALIMBERTI, U. *Dizionario di Psicologia*. Torino: Utet, pp. 508-509, 2006

SILVA, M. E. L. Pensar em Psicanálise. In: SILVA, M. E. L. (coord) *Investigação e Psicanálise*. Campinas: Papirus, pp. 11-25, 1993.

WINNICOTT, D.W. (1968). O Jogo do Rabisco. In: WINNICOTT, C.; SHEPHERD, R.; DAVIS, M. (Orgs.), *Explorações Psicanalíticas: D. W. Winnicott.* Porto Alegre: Artmed, pp. 230-243, 1994

O IMAGINÁRIO COLETIVO DE ESTUDANTES DE EDUCAÇÃO FÍSICA SOBRE VIDA SAUDÁVEL.

Fabiana Follador Ambrosio,

Alex Alexandre Fialho

Tânia Maria José Aiello Vaisberg

(Pontifícia Universidade Católica de Campinas)

RESUMO

Objetivo: Investigamos o imaginário coletivo de estudantes de Educação Física sobre a vida saudável, uma vez que compreendemos que as crenças imaginárias teriam atuação potencialmente significativa no exercício de profissionais das áreas da saúde e da educação. Metodologia: realizamos uma entrevista com 27 alunos do curso de Educação Física, valendo-nos do Procedimento Desenhos-Estórias com Tema, com o tema “uma pessoa que leva uma vida saudável”. As produções foram consideradas à luz do método psicanalítico em termos de identificação do conteúdo manifesto e de captação interpretativa dos campos de sentido afetivo-emocional subjacentes. Resultados: Foram apontados, como aspectos determinantes de uma boa condição de saúde, a prática de exercícios físicos e uma alimentação adequada. Menos freqüentemente, ocorreram referências ao contato com a natureza, religiosidade, meditação e manutenção de vínculos sociais e amorosos. Consideramos emergentes de um campo de sentido afetivo-emocional denominado “responsabilidade individual”, organizado ao redor da crença de que a saúde é um estado que depende, fundamentalmente, das realizações individuais. Conclusões: O campo “responsabilidade individual”, ao mesmo tempo em que operaria no sentido do fortalecimento da cidadania, poderia traduzir-se como atitude de menor compaixão e solidariedade, uma vez

que indica uma tendência a responsabilizar o indivíduo pela sua condição de saúde/doença.

PALAVRAS-CHAVE: Imaginário Coletivo, Hábitos Saudáveis, Estudantes de Educação Física

INSTITUIÇÕES DE FOMENTO: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq; ProUni.

Cada vez mais, os avanços científicos vêm permitindo não apenas que sejam encontradas respostas curativas para uma gama cada vez maior de enfermidades, como também uma ampliação da possibilidade de prevenção de doenças e promoção da saúde. Pesquisas demonstram que a combinação da prática regular de exercícios, de boa alimentação e bem-estar afetivo-emocional parecem contribuir decisivamente para a manutenção da saúde, em todas as faixas etárias. Tais conclusões contribuem para determinar que educadores físicos, nutricionistas e psicólogos sejam cada vez mais requisitados no sentido de contribuir em projetos que visam promover saúde e bem-estar de indivíduos e grupos (COLEMAN, 2010; ROSA NETO, LIRA, MELLO E SANTOS, 2010; SCHWARTE et alli, 2010).

Quando envolvidos em práticas de promoção de saúde, tais profissionais, sejam educadores físicos, nutricionistas, psicólogos ou outros, apoiam-se tanto em conhecimentos científicos, adquiridos ao longo de sua formação específica, como em crenças, nem sempre conscientes, cultivadas ao longo da vida, no contexto cultural em que vivem. Tais crenças, na medida em que mesclam elementos cognitivos e emocionais, podem, muitas vezes, exercer efeito decisivo, seja no sentido do encorajamento da manutenção de hábitos saudáveis, seja na possibilidade de compreender e ajudar efetivamente aqueles que, por motivos individuais, sentem dificuldades em adotar novas condutas, relativas à saúde e bem-estar, mesmo considerando-as necessárias e importantes de um ponto de vista racional.

A pesquisa psicanalítica de imaginários coletivos possibilita uma abordagem científica interessante no que tange as crenças conscientes e não-conscientes expressas nas condutas de indivíduos e coletivos humanos. Assim, concebendo o imaginário como conduta, no sentido preciso que este termo assume no pensamento de José Bleger (1963), abrangemos, com este conceito, tanto a atividade psíquica, comumente designada como "imaginação", como a criação de produtos e obras, que expressam, em si mesmos, crenças imaginativas a partir das quais se configura o ambiente social e cultural em que vivemos. Nesta linha, não se confunde o imaginário com aquilo que é falso ou meramente especular, vale dizer, reflexo de algo mais verdadeiro, mas o termo refere-se às atividades humanas que criam o mundo em que vivemos. Assim, conquanto não compartilhemos inteiramente das proposições psicanalíticas de Castoriadis (1975), aproximamo-nos deste autor quando define o imaginário social como dimensão essencialmente instituinte e criadora:

> "Aquilo que, desde 1964, tenho denominado imaginário social – termo retomado e utilizado um tanto indiscriminadamente – e, mais geralmente, o que denomino imaginário, não tem nada ver com as representações que correntemente circulam sob tal titulo. Em particular, isso não tem nada a ver com o que usualmente é apresentado como "imaginário" por certas correntes psicanalíticas: o "especular", que é apenas imagem "de", imagem refletida, ou, dito de outro modo, reflexo, subproduto da ontologia platônica, mesmo se aqueles que assim falam ignorem sua proveniência. O imaginário existiria a partir da imagem no espelho ou no olhar do outro. Antes, o "espelho", ele próprio e sua possibilidade, e o outro como espelho, são obras do imaginário, que é criação *ex nihilo*. Aqueles que falam de "imaginário", entendendo-o como especular, reflexo ou "ficção" nada mais fazem do que repetir, frequentemente sem o saber, a afirmação que os aprisionou para sempre em um sub-solo qualquer da

> famosa caverna: é preciso que este mundo seja imagem de alguma coisa. O imaginário de que falo não é imagem “de”. É criação incessante e essencialmente indeterminada (sócio-histórica e psíquica) de figuras/formas/imagens, somente a partir das quais podem surgir “alguma coisa”. O que chamamos de “realidade” e “racionalidade” são obras suas.” (CASTORIADIS, 1975, p.8).

Nota-se, nesta citação, que o filósofo teoriza em termos que visam formular pensamentos relativos aos fundamentos do conhecimento sociológico, na medida em que se preocupa em definir a própria natureza da sociedade. Entretanto, não nos surpreende encontrar afinidade com sua posição teórica, na medida em que adota uma perspectiva dialética, a mesma a partir da qual Bleger (1963) pode propor sua Psicologia da Conduta.

Entendido como conduta, o imaginário coletivo é sempre o emergente manifesto de um campo de sentidos afetivo-emocionais subjacente. Deste modo, a iniciativa de produzir conhecimento sobre o imaginário, que seja social e clinicamente útil, no contexto de uma Psicologia Clínica Social de base psicanalítica, inclui tanto a identificação de condutas imaginativas como a captação interpretativa dos campos a elas subjacentes, ou, dito de outro modo, do que se poderia denominar, a partir de uma interlocução com a Teoria dos Campos (HERRMANN, 1979), como seu inconsciente relativo.

Esta base teórica e conceitual fornece os fundamentos necessários para a proposição de uma pesquisa sobre o imaginário coletivo de estudantes de educação física, futuros agente de promoção de saúde pela via de uma das vertentes mais valorizadas neste processo, que é a prática de atividade física.

A PESQUISA

Considerando as exigências de rigor de uma abordagem psicanalítica concreta (BLEGER, 1963; AIELLO-VAISBERG, 2004), optamos por articular a presente investigação a partir do uso do Procedimento de Desenhos-Estórias com Tema (AIELLO-VAISBERG, 1999).

Assim, solicitamos a estudantes do segundo e terceiro semestres do curso de graduação em Educação Física de uma grande universidade paulista, que participassem desta pesquisa como voluntários. Contando com a anuência de 27 universitários, 14 de sexo feminino e 13 de sexo masculino, com médias de idade de 20 e 23 anos respectivamente, convidamos todos a desenharem "uma pessoa que leva uma vida saudável", para, em seguida, solicitar que inventassem uma história sobre a figura desenhada. Evitamos a instrução aparentemente mais simples que seria desenhar "uma pessoa saudável", tendo em vista favorecer a emergência de associações voltadas justamente aos hábitos propiciadores da saúde, que são o foco do trabalho do educador físico. Especial atenção foi dispensada no sentido de não antecipar a exata natureza da atividade, em vista da tendência conhecida, neste tipo de estudante, por força de sua própria formação, de preparar previamente algum "material" a ser utilizado em suas atividades. Este aspecto é, como sabemos, fundamental, quando operamos investigativamente à luz do método psicanalítico.

A atividade, realizada em intervalo após o término de uma aula, teve lugar em uma sala de leitura e estudos da própria universidade, possibilitando uma divisão em subgrupos compostos por cinco a sete estudantes. Cada grupo recebeu as instruções do pesquisador, que também respondeu a eventuais dúvidas sobre a atividade.

Antes de ouvir as instruções relativas ao Procedimento de Desenhos-Estórias com Tema, muitos estudantes manifestaram desinteresse em permanecer na sala, perguntando se a tarefa "iria demorar muito". Entretanto, ao se inteirarem acerca do que lhes era efetivamente solicitado, fazer um desenho e inventar uma historia sobre a figura desenhada, tornaram-se visivelmente motivados. Durante a realização do procedimento predominou um clima animado, no qual se mesclavam atitudes de descontração social com outras de concentração na tarefa. Ao final, os participantes manifestavam

interesse em conhecer as produções uns dos outros e movimentavam-se pela sala, formando espontânea e animadamente “rodas de conversa”, tanto sobre a atividade, quanto sobre o tema.

Obtivemos um total de 27 Desenhos-Estórias com Tema, que foram considerados a partir do método psicanalítico e este, operado à luz do pensamento blegeriano, consiste na identificação das produções imaginativas, em termos manifestos, e na busca de campos de sentido afetivo-emocional.

A ênfase pronunciada na valorização da prática de exercícios físicos e dos hábitos alimentares, entendidos como iniciativas que competem às pessoas, podem ser interpretativamente consideradas como emergentes de um campo de sentido afetivo-emocional, ou inconsciente relativo, que denominamos “responsabilidade individual”, organizado ao redor da crença de que a saúde seria um estado que depende, fundamentalmente, daquilo que cada um, como agente individual, pode realizar.

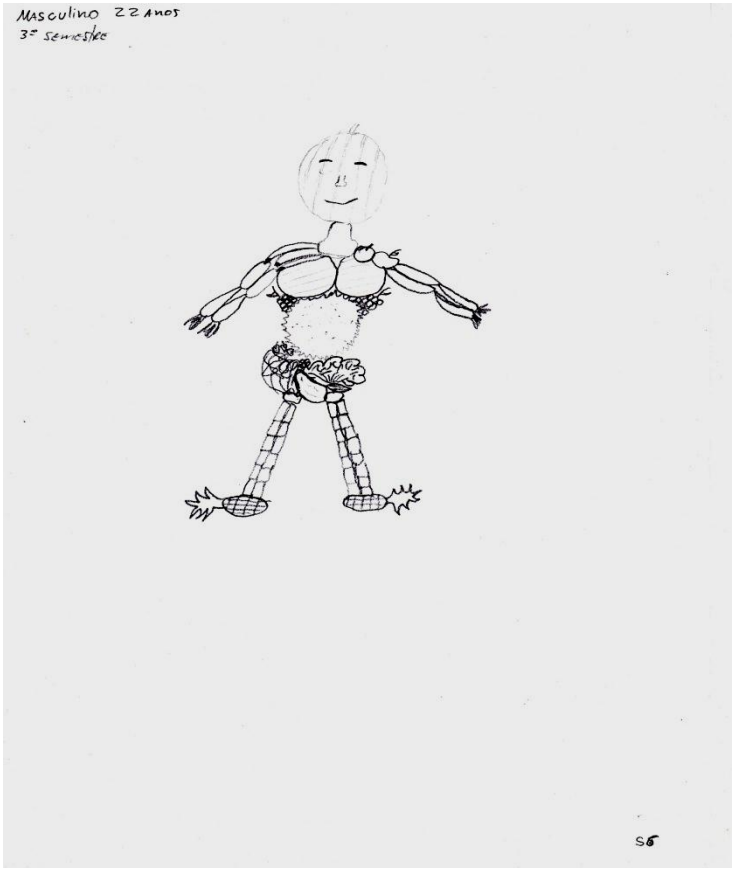
Selecionamos algumas produções para ilustrar esse campo e outra, relativa a tema bem menos frequente, a religiosidade:



“Seu José mora no interior de São Paulo. Todas as manhãs, ele faz sua caminhada no parque próximo da sua casa. Com 77 anos, ele não tem preguiça. Esforçado, faz sua caminhada de 60 minutos e ainda pratica natação nos finais de semana. Cuidadoso com a saúde, faz suas consultas periódicas com o seu médico, pois não quer ter problemas futuros como colesterol, diabetes e pressão alta. Como têm a saúde em dia, para ele, a prática de exercícios físicos é fundamental para uma vida saudável.”

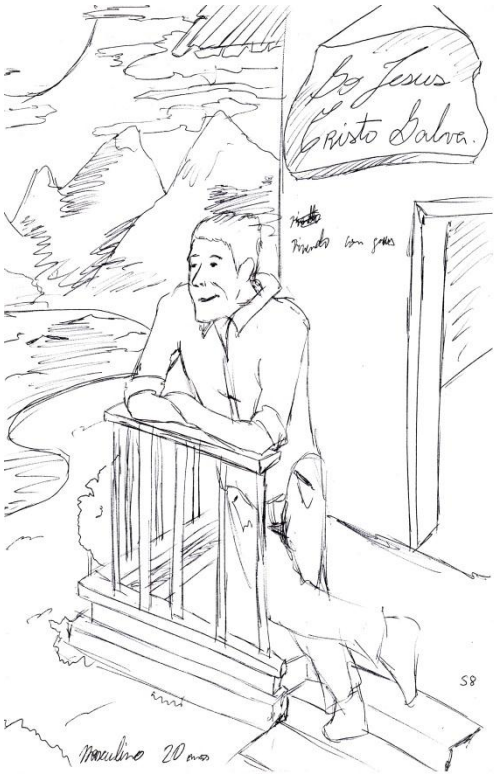
Produção 1 – as atividades físicas

“Com toda certeza, você é aquilo o que você come! Pessoas saudáveis, tem a alimentação como grande aliada. Sendo todas as pessoas saudáveis, tem uma alimentação saudável.”



Produção 2 – a alimentação saudável

Foram predominantemente apontados, como aspectos determinantes na conquista de uma boa condição de saúde, a prática de exercícios físicos e a alimentação adequada. De forma bastante menos enfática e freqüente, ocorreram, também, referências à importância do contato com a natureza, da religiosidade, da meditação e da manutenção de vínculos sociais e amorosos. Também é digna de nota a ausência por parte dos participantes de menção ao sono ou ao dormir como elemento constituinte de uma vida saudável.



"Os princípios de Jesus Cristo e seu caminho é vida, paz, segurança e esperança. A verdadeira saúde só pode ser concedida pelo dona dela e dona da vida, Deus."

Produção 3 - a religiosidade

A SAÚDE COMO RESPONSABILIDADE INDIVIDUAL

A presente investigação aponta para uma tendência bastante forte no sentido de responsabilizar o indivíduo pela sua condição de saúde ou doença e de simultaneamente negar importância a tudo o que é coletiva e ambientalmente construído. Nesta linha, a saúde seria uma espécie de 'bem', a ser obtido por cada um, de modo isolado, por meio da manutenção de certas rotinas de vida, que poderiam ser observadas independentemente do meio ambiente, seja este considerado desde o ponto de vista material ou do ponto de vista social e cultural.

Deste modo, as problemáticas sanitárias, que derivam de fatores que escapam ao controle individual, tais como a poluição do ar e das águas ou as práticas de prevenção de moléstias infecto-contagiosas, que derivam de políticas públicas, são simplesmente ignoradas.

O campo da “responsabilidade individual” parece operar no sentido do que se pode denominar, nos dias atuais, como fortalecimento do indivíduo enquanto “agente”. Entretanto, este agente não aparenta viver concretamente situado em condições concretas de vida, mas sim parece pairar em um espaço puramente psíquico, onde reinaria, ou não, uma vontade racional e auto-construtiva.

Esta visão pode não gerar maiores problemas quando o educador físico trabalha com segmentos da população compostos por pessoas que usufruíram de instrução formal, alcançaram certa maturidade pessoal e vivem em condições de vida nas quais não ocorrem carecimentos radicais (Heller, 1982). Guarda grande afinidade com visões educacionais que tomam como missão a preparação do indivíduo, que não se debate em condições de precariedade social, para o enfrentamento racional dos desafios da realidade.

Por outro lado, esta perspectiva, que valoriza prioritariamente a responsabilidade individual na preservação da saúde, pode trazer consigo, como efeito colateral, uma visão negativa sobre daqueles que adoecem. Se a concepção de saúde adotada prioriza ou depende do modo como as pessoas comportam-se, posso concluir, sem dificuldade, que os doentes seriam responsáveis ou mesmo culpados por seus sintomas e sofrimentos. Este tipo de crença, mesmo quando não alcança status consciente, pode se traduzir como disposições menos compassivas e menos solidárias diante daqueles que deixam de ter saúde. Dito em outros termos, pode alimentar de modo sutil o preconceito contra pessoas que adoecem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AIELLO-VAISBERG, T. M. J. Encontro com a Loucura: Transicionalidade e Ensino de Psicopatologia. Tese de Livre Docência. São Paulo, Universidade de São Paulo, 1999. www.teses.usp.br.

AIELLO-VAISBERG, T. M. J. O Ser e o Fazer. Revista Viver Mente e Cérebro: Donald Winnicott e os Espaços da Transição. São Paulo, Duetto, 2004.

BLEGER, J. (1963) Psicologia de la Conduta. Buenos Aires, Paidos, 2001.

CASTORIADIS, C. L'intitution Imaginaire de la Societé. Paris, Du Seuil, 1975.

COLEMAN, J.F. Spring Forest Qigong and Chronic Pain: Making a Difference. Journal of Holistic Nursing, 2010 (Epub ahead of print).

HELLER, A. Para Mudar a Vida. Tradução de Carlos Nelson Coutinho. São Paulo, Brasiliense, 1982.

HERRMANN, F. Andaimes do Real. São Paulo, EPU, 1979.

ROSA NETO, J. C.; LIRA, F. S.; MELLO, M. T. and SANTOS, R. V. Importance of Exercise immunology in Health Promotion. AminoAcids, 2010 (Epub ahead of print).

SCHWARTE, L.; SAMUELS, S. E.; BOYLE, M.; CLARC, S. E.; FLORES, G. and PRENTICE, B. Local public health departments in Califórnia: changing nutrition and physical activity environments for obesity prevention. Journal of Public Health Manegement and Practice, 16 (2), E17- 028, 2010.

CUIDADO COM O MALANDRO: IMAGINÁRIO COLETIVO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE A DEPENDÊNCIA QUÍMICA

Cristiane Helena Dias Simões[68]

Tânia Maria José Aiello-Vaisberg[69]

Resumo: O presente estudo insere-se num conjunto de pesquisas voltadas para o imaginário coletivo sobre os doentes mentais, que considera que a prática não depende apenas de conhecimentos teóricos e práticos, sendo também parcialmente determinada por aspectos afetivo-emocionais não-conscientes. Nessa investigação, focalizamos o paciente dependente químico. Treze profissionais participaram de entrevistas individuais, durante as quais foram convidados a inventar histórias a partir de observação de um conjunto de dez fotografias, que retratam pessoas com variadas expressões fisionômicas, algumas das quais evocadoras de sofrimento emocional, em diversas situações cotidianas, com a finalidade de favorecer dialogicamente a expressão subjetiva. O material obtido foi interpretativamente considerado à luz do método psicanalítico. Foi criado/encontrado um campo de sentido afetivo emocional intitulado "Cuidado com o malandro", organizado segundo a regra lógico-emocional de que os profissionais deveriam manter-se constantemente atentos para que o dependente químico não "tire vantagens" da relação terapêutica, por meio de manipulações e mentiras. O quadro geral aponta que os profissionais tendem a reagir contratransferencialmente de um modo preconceituoso e hostil, ligado à idéia de o paciente seria "mau caráter", o que evidentemente compromete as práticas clínicas e sua eficácia.

PALAVRAS-CHAVE

[68] Doutoranda em Psicologia na Pontifícia Universidade Católica de Campinas, com bolsa Capes 1. Mestre pela Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp.

[69] Orientadora do Programa de Pós Graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Professora Livre Docente aposentada do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, Coordenadora da "Ser e Fazer": Oficinas Psicoterapêuticas de Criação do IPUSP e Presidente do NEW- Núcleo de Estudos Winnicottianos de São Paulo.

Imaginário coletivo –dependência química- doença mental - psicanálise

Introdução

Este estudo faz parte de um conjunto de pesquisas que tem o objetivo de investigar o imaginário coletivo de profissionais de saúde mental sobre a loucura e/ou doença mental. Focalizamos, nessa investigação, o dependente químico, já que observamos como pesquisadoras que esses pacientes trazem constantes desafios para esses trabalhadores na clínica contemporânea.

Partimos da idéia de que tais pessoas, em seu cotidiano de trabalho, principalmente nas tomadas de decisão que interferem diretamente no tratamento do paciente psiquiatrizado, agem fundamentadas tanto nos conhecimentos teóricos e práticos adquiridos na educação formal, como também na atividade imaginativa, que concebemos, adotando a perspectiva da psicologia concreta de José Bleger (1963), como condutas.

Ao utilizarmos o conceito de imaginário coletivo referimo-nos tanto à conduta imaginativa em seu sentido mais conhecido, como produção de imagens psíquicas, mas também às práticas que geram produtos concretos, vale dizer, objetos e procedimentos, que se constituem como cultura, como ambiente humano, incluindo usos e costumes, crenças e valores. Assim, podemos assumir que ao estudar o imaginário obtemos boas pistas daquilo que provavelmente será praticado e atuado no cotidiano, diante de pacientes psiquiátricos, pelos profissionais de saúde.

O imaginário, como o pensamos, blegerianamente, não causa, desde fora, a conduta. A determinação causal da atividade imaginativa será buscada na dimensão afetivo-emocional subjacente, ou seja, no campo psicológico consciente ou inconsciente. Em outros termos, as condutas, como fenômenos manifestos, emergiriam a partir de um fundo afetivo- emocional não consciente (Bleger, 1963 e Herrmann, 2001).

Percurso Metodológico

A presente pesquisa fez uso de material clínico que foi gerado a partir de encontros em bases transicionais, com a ajuda de mediadores dialógicos,

viabilizando a emergência de uma dimensão lúdica, que facilita a expressão subjetiva menos defensiva de questões existenciais eventualmente angustiantes, bem como seu acolhimento pelo pesquisador.

Usamos, como mediador dialógico, inspiradas em um instrumento projetivo clássico, o TAT de Murray(2005)[70], com finalidade de favorecer dialogicamente a expressão subjetiva. Consistiu na apresentação de fotos e solicitação de invenção de histórias. Assim, foi confeccionado especialmente para esse fim um conjunto de fotografias de pessoas, que mescla variadas expressões fisionômicas e diversas situações de vida, algumas das quais evocadoras de sofrimento psíquico.

Marcamos entrevistas individuais, com cada profissional de acordo com a disponibilidade de horários de cada um. Todos trabalhavam em um hospital psiquiátrico privado e têm diferentes formações: médico psiquiatra, terapeuta ocupacional, psicólogo, farmacêutico, assistente social, educador físico e enfermeiro. Após cada encontro, a pesquisadora elaborou uma narrativa sobre o acontecer clínico, incluindo os contos inventados diante das fotos.

Em uma segunda etapa, utilizando o método psicanalítico, abordamos o material, em reuniões do Grupo de Pesquisa, buscando a captação de campos de sentido afetivo emocional. Essa foi feita através de uma postura psicanalítico-fenomenológica, na qual o método psicanalítico é colocado em marcha, tendo em vista não apenas comprovar hipóteses previamente enunciadas, mas, sobretudo, exercer sua função heurística. Esclarecemos que nesta perspectiva a psicanálise não está em busca do sentido único, pré-existente e verdadeiro, cabendo à cada interpretação evocar uma proliferação de sentidos possíveis.

[70] Foi criado por Henry Murray em 1935 e seu uso na clínica e na pesquisa é consagrado. Originalmente é um teste projetivo, que permite a avaliação de diversos aspectos da personalidade - impulsos, emoções, sentimentos, conflitos, entre outros - em situações clínicas e em situações normais. Nessa versão é composto por 31 pranchas, que apresentam figuras em preto e branco com significado ambíguo, e uma prancha em branco. O manual descreve que deve ser solicitado ao sujeito criar uma história para cada uma das gravuras. No que tange a prancha em branco, o sujeito deve imaginar uma cena, descrevê-la e depois contar uma história.

Criando/ encontrando campos de sentido afetivo- emocional

A partir das 13 narrativas do acontecer clínico, na qual foi descrito as histórias inventadas a partir das fotos apresentadas, chamou- nos a atenção de que havia muitas menções referentes ao paciente dependente químico. Decidimos, dessa maneira, dedicar um trabalho a esse tema.

Em contato com material, criamos/ encontramos um campo de sentido afetivo – emocional, que denominamos: “Cuidado com o malandro”, que se organiza ao redor da crença de que ao invés dos profissionais terem que ter um cuidado com um paciente que esta sofrendo emocionalmente, eles precisam ter cautela com os dependentes químicos, já que esses são “malandros”. Consideram que tais pessoas usam, constantemente, de artimanhas, principalmente a mentira e manipulação, para obter vantagem em todas as situações, que muitas vezes, são até ilícitas. Caracterizam-se pela engenhosidade e sutileza. Suas execuções exigem destreza, carisma, lábia e quaisquer características que permitam o uso de pessoas ou resultados, de forma a obter o melhor destes, e da maneira mais fácil possível. Não consideram as normas sócias, leis e as necessidades e desejos das pessoas ao redor, e dessa maneira, podem aproveitar da relação terapêutica para alcançarem ganhos próprios. Assim não buscam “verdadeiros” tratamentos e consequentemente não aderem a proposta clinica e dificilmente atingem progressos e mudanças positivas.

Considerações Finais

O quadro geral encontrado permite afirmar que conseguimos atingir concepções que os profissionais de saúde mental possuem sobre os doentes mentais, especificamente em relação aos dependentes químicos, que superam apenas as respostas politicamente corretas. Essa classificação, muitas vezes, interfere diretamente no modo como o paciente vai ser tratado pelo profissional, às vezes, até mais do que as classificações diagnósticas apreendidas pelo conhecimento teórico e prático.

Dessa maneira, encontramos que tais trabalhadores classificam que o paciente dependente seria um falso doente, já que não adere ao tratamento verdadeiro, não apresenta melhoras, sendo comum inúmeras reinternações pelo abuso de substâncias, muitas vezes, acompanhados de comportamentos que transgridem as normas sociais, como roubo e tráfico. Além do mais, destacam que a manipulação e as mentiras ocorrem tanto com a equipe como com a família e até pacientes, buscando sempre situações a seu próprio favor e interesse individual. Verificam que procuram tratamentos para alcançar ganhos secundários como: licenças médicas, afastamento do trabalho, tentativas de conquistar algo com a família, entre outros. Tais atitudes são carregadas de pré- conceitos, especialmente os de ordem moral e ética. Entretanto, isso nem sempre corresponde a profundidade de tais pessoas, o que dificulta sua compreensão e seu tratamento.

Consideramos que por se tratar de questões de ordem afetivo emocional, já que os profissionais apresentam sentimentos contratransferenciais hostis em relação a esses pacientes, consideramos a necessidade da criação de dispositivos que cuidariam dos profissionais no sentido de melhor compreender o sofrimento emocional dessas pessoas e novas formas de lidar e tratar, já que os dispositivos clínicos atuais parecem estar insuficientes e, muitas vezes, até ineficazes para os dependentes químicos.

Referências Bibliográficas

Bleger, J. (1963). **Psicologia da Conduta**, Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.

Herrmann, F. **Introdução à Teoria dos Campos**. São Paulo, SP: Casa do Psicólogo. 2001

Murray, H.A. T.A.T.: **Teste de Apercepção Temática**/ Henry A. Murray e colaboradores da Clínica Psicológica de Harvard; (adaptação e padronização brasileira Maria Cecília Vilhena M. Silva). 3 ed. Adaptado e ampl.São Paulo: Casa do Psicológo, 2005.

IMAGINÁRIO COLETIVO DE ESTUDANTES DE PSICOLOGIA SOBRE DIFICULDADES SEXUAIS FEMININAS NO CONTEXTO DA "SEXUALIDADE INVASIVA"

Elisa Corbett[71]
Sueli Regina Gallo-Belluzzo[72]
Tânia Maria José Aiello Vaisberg[73]

Resumo:
O presente trabalho é parte integrante de uma pesquisa sobre o imaginário coletivo de estudantes de Psicologia sobre dificuldades sexuais. Foi realizada entrevista coletiva organizada ao redor do Procedimento de Desenhos-Estórias com Tema, sendo solicitado a 40 alunos que desenhassem e escrevessem uma história sobre "uma pessoa que procurou um psicólogo por causa de um problema sexual". Das produções resultantes, focalizaremos, neste momento, três desenhos-estórias que retratam figuras femininas num contexto em que a sexualidade é vivenciada como invasiva, considerando-as à luz do método psicanalítico. O quadro geral indica, num primeiro plano, um imaginário que tematiza de modo ambivalente o prazer sexual feminino. Pensamos que o imaginário encontrado tende à simplificação da complexa experiência de constituição da dimensão sexual do *self*.

Este estudo consiste na apresentação de parte dos resultados de uma investigação mais ampla sobre o imaginário coletivo de estudantes de Psicologia sobre dificuldades sexuais. Sendo o imaginário um conceito utilizado em diferentes acepções na Psicologia (GALIMBERTI, 2001), cabe explicitar, precisamente, o que compreendemos por este termo. Partindo de uma

[71] Psicóloga (IPUSP). Especialista em Sexologia Clínica pela Escola de Extensão da Unicamp. Mestre e Doutoranda em Psicologia pela PUCCAMP. Bolsista CNPq.
[72] Psicóloga e Mestre em Psicologia Clínica pela PUCCAMP. Doutoranda em Psicologia pela PUCCAMP. Bolsista Capes. Docente do Curso de Psicologia da Faculdade de Jaguariúna.
[73] Professora Livre Docente pelo Instituto de Psicologia da USP; Orientadora dos Programas de Pós-Graduação em Psicologia do IPUSP e da PUCCAMP; Coordenadora da 'Ser e Fazer': Oficinas Psicoterapêuticas de Criação e do NEW - Núcleo de Estudos Winnicottianos de São Paulo

concepção segundo a qual a vida humana é fundamentalmente um acontecer intersubjetivo, denominamos imaginário coletivo o conjunto das manifestações simbólicas de um grupo de pessoas a respeito de uma determinada temática. Propomos que é a partir deste ambiente humano, composto por dimensões sociais, históricas, culturais, emocionais e psíquicas, que emergem novas práticas, sentimentos, idéias e ações quando nos defrontamos com uma situação humana que remete à temática em questão. Desta forma, o imaginário dos estudantes de Psicologia sobre o que constituiria um problema sexual seria um dos determinantes de sua conduta diante das possíveis situações, em sua vida cotidiana ou atuação profissional futura, em que estejam em pauta questões desta natureza (BLEGER, 1963/1989).

Ancoradas nestas premissas, interessamo-nos em pesquisar o imaginário coletivo de alunos de Psicologia sobre dificuldades sexuais, abordando esta temática por meio do seu imaginário acerca das dificuldades relacionadas à sexualidade que levariam as pessoas a procurarem um psicólogo, ou seja, aquelas que gerariam demanda por atenção psicológica.

Estratégias metodológicas

Participaram do estudo 40 alunos do 6º semestre do curso de psicologia de uma faculdade do interior do estado de São Paulo. Os graduandos foram convidados a participar da pesquisa em sala de aula, e registraram sua concordância por meio de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

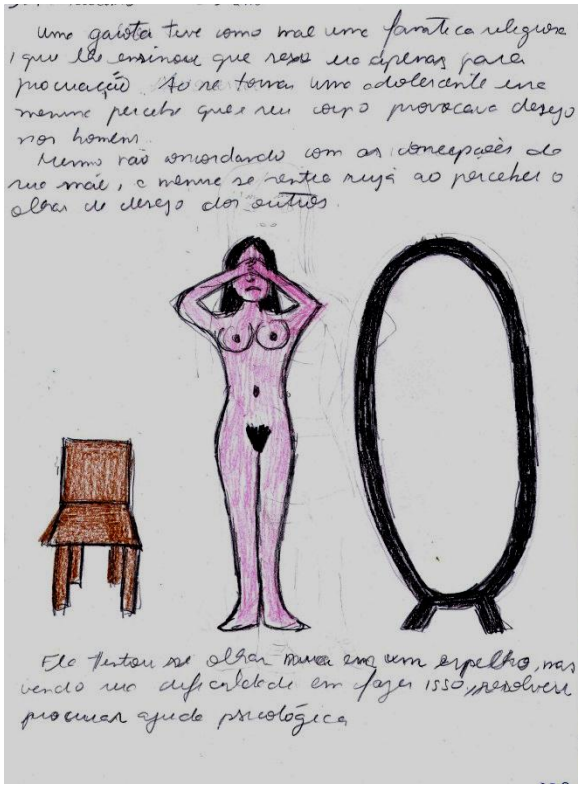
Foi realizada uma entrevista coletiva articulada ao redor do Procedimento de Desenhos-Estórias com Tema. Assim, convidamos os alunos a, individualmente, desenhar uma pessoa que procurou um psicólogo por causa de um problema sexual e, em seguida, a inventar e escrever uma história sobre a figura desenhada.

Dos desenhos-estórias resultantes, destacamos três produções que retratam figuras femininas num contexto em que a sexualidade é vivenciada como invasiva. Consideramos estas criações à luz do método psicanalítico, tomando-as como comunicações afetivo-emocionais da pessoalidade coletiva formada pelo grupo de alunos.

Dialogando com os Desenhos-Estórias

Apresentamos, a seguir, o material clínico sobre o qual nos debruçamos no presente estudo, entremeado por uma narrativa que objetiva comunicar, da forma mais clara possível, como fomos impressionadas por estas produções.

O pequeno conjunto de três desenhos-estórias selecionado chama a atenção em meio aos demais devido à sua expressividade. Salta aos olhos, em especial, a criação de Gerânio[74]:

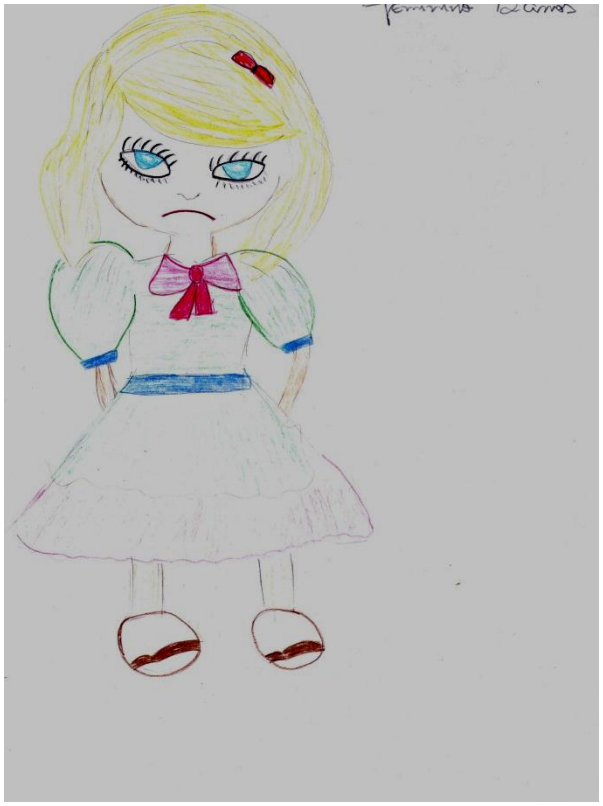


"Uma garota teve como mãe uma fanática religiosa, que lhe ensinou que sexo era apenas para procriação. Ao se tornar uma adolescente essa menina percebe que seu corpo provocava desejo nos homens.
Mesmo não concordando com as concepções de sua mãe, a menina se sentia suja ao perceber o olhar de desejo dos outros.
Ela tentou se olhar nua em um espelho, mas vendo sua dificuldade em fazer isso resolveu procurar ajuda psicológica."

Curiosas, damo-nos conta de que o desejo é enunciado apenas como algo que o corpo da personagem desperta nos homens, não como algo de que possa ser sede. Lembramos da história de uma adolescente que ainda se sente uma criança, brinca de boneca, mas já tem "corpo de mulher". Quando

[74] Substituímos os nomes dos alunos por nomes de flores, tendo em vista garantir o sigilo.

deixamo-nos impressionar mais especificamente pela primeira frase da história, surge como um lampejo uma idéia fantasiosa segundo a qual, num contexto muito religioso, apenas as crianças seriam vistas como puras... Talvez fosse importante que permanecessem, para sempre, crianças. Atinge-nos, um tanto violentamente, a sensação de invasão que a percepção de provocar excitação sexual no adulto pode causar em uma criança que esteja num momento do desenvolvimento em que ainda não experiencia a excitação da mesma forma que ele. Abaladas, tomamos a produção seguinte, criada por Açucena:

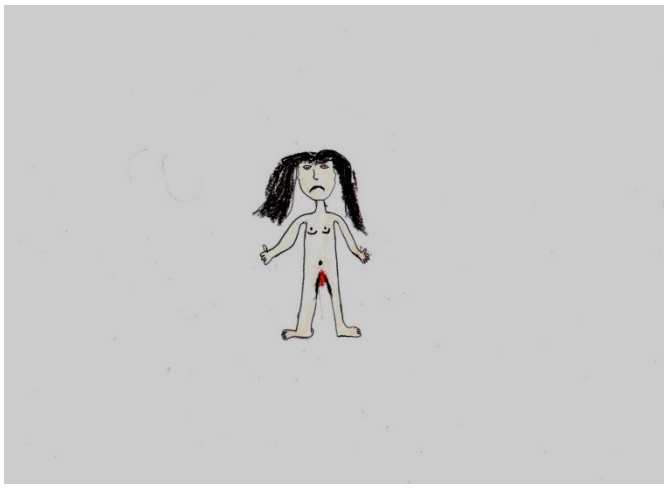


O olhar da personagem é impressionante. Parece tragar-nos para um meio difuso... talvez dor, angústia... Voltamo-nos à história, bastante dramática:

> *"Maria, procura um psicólogo, porque trabalha como empregada doméstica sofre assédio sexual, o seu patrão obriga ela a ter relações sexuais com ele, e como ela tem medo de perder o emprego, aceita.*
> *Só que quando chega em casa, não tem vontade nenhuma de ter relação com o marido, pois diz que sexo é uma coisa ruim, que não vê graça nenhuma nisso, muito menos com o patrão, disse também que quando criança foi abusada pelo padrasto, e hoje perdeu totalmente o desejo."*

A segunda frase parece confusa: sexo com o marido, com o patrão, com o padrasto... O prazer na vida sexual de Maria parece esmorecer à sombra do abuso e do assédio sofridos.

A produção de Camélia não traz o alento que sentimos precisar. Transitamos agora por um mundo em que o desamparo parece ser a regra, não a exceção:



"E. aos 20 anos procurou uma psicóloga. Relatou que quando criança (ela acha que com 6/5 anos) seu irmão mais velho 'mexia' nela e fazia com que ela 'mexesse' nele. Conta com vergonha e medo, como se naquele momento fosse aquela criança. Diz que na primeira vez teve medo, mas depois passou a gostar, mas o medo era maior a cada vez. Ficava aliviada quando ele viajava. Relata também que seus primos mais velhos (16/18 anos) também "mexeram" nela.

Iniciou sua vida sexual com penetração aos 13 anos mas só gosta das preliminares, não consegue ter orgasmo.

E hoje com 20 anos sente-se usada, infeliz, pois todos seus relacionamentos se baseiam em sexo já no 1º encontro, mesmo sem ela querer."

À semelhança de Maria, personagem da criação de Açucena, E. não consegue ter prazer nas relações sexuais. Não apenas sua vida sexual parece degradada pelas experiências de abuso, mas também seus relacionamentos amorosos. E. parece figurar quase como um corpo vazio, reduzido a objeto para a satisfação do outro. Sua busca por atenção psicológica assume, diante

de nossos olhos, contornos de um pedido de algum tipo de ajuda que lhe permita escapar de um aprisionamento num mundo abusivo. Curiosamente, nesta produção, assim como na de Açucena, a "reivindicação" implícita não é a de "não sentir-se violentada nas relações sexuais" – ou, poderíamos dizer, de não sentir dor, de não sofrer - mas vai além: é a de "ter vontade", de "ver graça no sexo", de "ter desejo", de "ter prazer na penetração", de "ter orgasmo".

Ampliando a "roda de conversa"

Desde o nosso ponto de vista, um dos principais achados do presente estudo é justamente o delineamento dos primeiros traços de um imaginário que, num primeiro plano, tematiza o prazer sexual feminino de modo ambivalente. Somos fortemente atingidas por uma expressão violenta do corpo da mulher como objeto excitante, de um lado, e de outro, da colocação da pessoa de sexo feminino para quem o prazer sexual tem relevância.

Estas manifestações trazem uma teoria implícita de que o processo de desenvolvimento da sexualidade amadurecida ocorreria naturalmente caso a pessoa não sofresse uma invasão durante a infância ou início da adolescência. Embora seja conhecido que as invasões sofridas num período inicial do desenvolvimento criam importantes obstáculos ao amadurecimento, temos dúvidas acerca da idéia de que a simples inexistência de uma experiência invasiva garantiria a constituição da dimensão sexual do *self*. Ainda que esta compreensão aparentemente integre-se às concepções winnicottianas sobre o papel do ambiente no desenvolvimento humano, parece-nos que há aqui uma importante simplificação do processo de constituição da pessoa como ser sexualizado no contexto de um posicionamento existencial amadurecido.

Referências

BLEGER, J. *Psicologia da conduta.* 2ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.

GALIMBERTI, U. *Enciclopedia di Psicologia*. Torino: Garzanti, 2001.

ÓRFÃOS POR AIDS E HOMICÍDIOS EM SÃO PAULO: FATORES ASSOCIADOS À REVELAÇÃO DA CAUSA DA MORTE DE SEUS PAIS

Yone Xavier Felipe da Fonseca
Claudia Barros
Vera S. F. Paiva
Ivan França Junior

Resumo

Os estudos epidemiológicos sobre o impacto da orfandade são ainda raros no Brasil. No caso dos orfãos por Aids, estudos internacionais indicam aumento na sua vulnerabilidade social e ao adoecimento, acirrado pelos estigmas associados à epidemia. A revelação do diagnóstico na família para parceiros, filhos e profissionais de saúde é uma barreira importante para apoiá-los. O objetivo deste estudo foi comparar fatores associados à revelação da causa morte dos pais e descrever os motivos da não revelação entre jovens que perderam um ou ambos os pais por aids e jovens que perderam os por homicídios entre 2000 e 2004. Foram analisados dados de inquérito domiciliar, quando 418 jovens de 15-24 anos completos residentes no município de São Paulo foram entrevistados. A maioria dos jovens relatou não ter sofrido discriminação na escola e no lazer, sem diferenças estatisticamente significativas entre órfãos por aids e por homicídios. A revelação da causa morte foi maior entre os órfãos por homicídio, como esperado. Associou-se positivamente com a revelação: ter perdido os pai(s) por homicídio, freqüentar atos religiosos e ter maior escolaridade (8-12 anos de estudo). Dos jovens que não revelaram, os motivos mais relatados foram: necessidade de proteger a privacidade e medo de discriminação.

Introdução

As definições internacionais de orfandade a associam com características negativas, estereotipadas e sugerem que as crianças estão ou estarão em condições mais vulneráveis. Para Meintjes e Giese (2006, apud Ferrara, 2009) a maioria das crianças recebem cuidados, suporte de um adulto, não estando totalmente em situação de desamparo. Qual seria a situação no Brasil, e como os jovens órfãos, ao serem perguntados sobre a sua orfandade, responderiam?

Refletindo sobre orfandade no Brasil, observa-se que os jovens se encontram em maior vulnerabilidade por terem os seus direitos menos protegidos em vários contextos.(França Jr, 2010). No caso de orfandade em decorrência da Aids, o estigma e a discriminação associados à Aids ampliam a falta de acesso a oportunidades e prejudicam os relacionamentos interpessoais e discriminam desnecessariamente seu acesso a atenção á saúde, a informação sobre sexualidade e prevenção, entre outros. (Ayres, et al 2006; Paiva et al.). Zucci (2009) analisou o impacto do estigma e discriminação em jovens por aids no que concerne ao gozo do direito a educação.

A revelação do diagnóstico HIV/AIDS implica na decisão de quando, como e para quem contar, mediante a imprevisibilidade da reação da pessoa que recebe a informação. Entre as consequências mais temidas pelas pessoas que convivem com HIV, estão o medo da rejeição, do estigma e da discriminação. Primeiramente foram descritas as barreiras para a revelação do diagnóstico como apontam Kouyoumdjian, Meyers, Mtshizana (2005).

As pesquisas sobre revelação descrevem e analisam como pessoas soropositivas contam o seu diagnóstico para parceiros, filhos, profissionais de saúde. Conforme os trabalhos desenvolvidos com crianças e adolescentes, percebeu-se que os pais e/ou cuidadores, tendem a postergar e possuem muitas dificuldades em contar o seu próprio diagnóstico para a criança ou revelar que a criança/adolescente é portadora, um assunto pouco explorado é como órfãos contam a terceiros sobre a causa morte dos pais. Guerra e Seidl

(2009) fizeram uma evisão sobre revelação, adesão e estigma sofrido por crianças e adolescentes vivendo com HIV/AIDS disponível em artigos nacionais e internacionais publicados a partir de 2000. Foram analisados 21 artigos, duas dissertações e cinco publicações institucionais. Elas encontraram alguns pontos relevantes: os cuidadores adiam ao máximo o processo de revelação, o medo do estigma dificulta a comunicação clara sobre a doença e tratamento e destacam a importância de serem criadas diretrizes para nortear a prática profissional das equipes de saúde.Seidl et al (2005) descreveram os estressores percebidos pelos cuidadores e como diversas dificuldades incidem sobre aspectos psicossociais e do tratamento para o HIV e analisaram as estratégias de enfrentamento. As dificuldades relatadas pelos 43 cuidadores que entrevistaram foram associadas à revelação do diagnóstico, lidar com os aspectos da adesão e informação sobre o diagnóstico na escola. As estratégias mais usadas foram busca de prática religiosa/pensamento fantasioso e focalização no problema. Marques et al (2006) buscaram compreender o processo de revelação do diagnóstico a crianças e adolescentes e observaram que a revelação ocorre quando se constatava má adesão ao tratamento, iminência de início da vida sexual, demanda da própria criança ou adolescente e abordagem inadequada do profissional de saúde. Foi observado que a revelação repercutiu positivamente sobre os cuidados de saúde, houve melhoria do diálogo entre paciente, cuidadores e serviço. Michaud et al (2009) discutiram o falar ou não falar sobre o diagnóstico do HIV em adolescentes, e destacaram a necessidade de sistematizar ações facilitadoras da revelação.

O objetivo deste artigo é contribuir nessa direção e descrever quais o motivos elencados por órfãos para não revelar a causa da morte dos pais, se há diferenças entre os órfãos de pais que morreram por homicício e os que morreram por aids, e quais os fatores associados a revelação da causa morte dos pais, observando, em especial o impacto do estigma associado à aids.

Material e método

Esse estudo analisou os dados do projeto “Estigma e Discriminação relacionados ao HIV/AIDS: impactos da epidemia em crianças e jovens da cidade de São Paulo”, financiado pela FAPESP processo no. 3110883/2005 e

CNPq processo no. 476210/2004-6. coordenado pelo prof. Dr. Ivan França Júnior do Departamento de Saúde Materno Infantil da Faculdade de Saúde Pública, FSP/USP. O estudo foi realizado em São Paulo, onde se esperava encontrar um grande número de órfãos por AIDS, em razão do maior número de óbitos encontrados nesta cidade.

O inquérito domiciliar entrevistou jovens que perderam um ou ambos os pais por aids ou por homicídios no período de 2000 a 2004. Entre outras questões, perguntou aos dois grupos se haviam revelado o motivo da morte dos pais PARA XXX e investigou os motivos da não revelação.

Foram entrevistados 418 jovens de 15 a 24 anos completos residentes no município de São Paulo. Entre eles, 276 (67,3%) e 142 (32,7%) órfãos por aids e homicídios, respectivamente.

A seleção amostral por conglomerados com tamanho diferentes foi feita a partir da base de dados do Sistema de Informação de falecimento por aids e homicídios do município de São Paulo (PROAIM), no período de 2000 a 2004. O sorteio foi feito em dois estágios com partilha proporcional ao tamanho.

As variáveis independentes analisadas foram as seguintes: a) características sociodemográficas: idade, sexo, anos de estudo, trabalho atual, religião, freqüência em atos religiosos, cor de pele, classificação econômica, renda *per capita,* cuidador atual, tipo de orfandade e causa morte dos pais; b) relativas à discriminação: se sofreu discriminação na escola e em atividades de lazer; c) relacionadas à saúde dos jovens: internações e consultas nos últimos 12 meses e realização do teste anti-HIV. A variável dependente foi a revelação da causa morte de um ou ambos os pais.

As variáveis foram descritas por meio de médias, desvio padrão, freqüências e proporções. O teste “t” Student foi utilizado na comparação entre médias e os testes qui quadrado de Pearson e exato de Fisher para diferenças entre proporções.

Para estimação dos fatores associados à revelação foi utilizada modelo de regressão logístico. As variáveis que entraram no modelo foram aquelas que tiveram $p<0,20$ na análise univariada. No modelo múltiplo foram mantidas aquelas significativas ou as que ajustaram outras *odds ratio* em pelo menos 10% .

As análises foram realizadas com o Stata 10.0, utilizando o módulo svy, adequado para amostras complexas. O nível de significância adotado foi de 5%.

Resultados e Discussão

A idade média dos jovens órfãos por aids foi de 19,6 (3,8) e daqueles órfãos por homicídios 19,3 (1,8), sem diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos (p=0,3695).

A maioria dos jovens era do sexo masculino (n=272, 77,8%), com 8 a 12 anos de estudo (n=362, 88,2%), não trabalhava atualmente (n=227, 51,6%), 42% (n=171) eram católicos, 81,3% (n=330) frequentavam atos religiosos e 61,6% (n=257) eram negros. Ainda, a maior parte pertencia a classe econômica de maior tercil (52,4%, n= 197), tinha renda *per capita* menor que um salário mínimo (69%, n=206). O cuidador atual era mãe para 51,1% (n=165), 30,6% estavam sozinhos. O tipo de orfandade mais presente foi a paterna. Na análise geral, o sexo, cuidador atual e tipo de orfandade apresentaram diferenças entre órfãos por AIDS e por homicídios.

A maioria dos jovens relatou não ter sofrido discriminação na escola e no lazer e em relação à discriminação, não foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre órfãos por aids e por homicídios. (Tabela 1)

Tabela 1. Frequências e proporções das variáveis relativas à discriminação na amostra total e estratificas pela causa morte de um ou ambos os pais. São Paulo. 2005.

Variáveis	**Órfãos por AIDS**		**Órfãos por homicídios**		**Total**	
	n	%	n	%	n	%
Preconceito na escola						
Sim	28	10,3	19	13,4	47	12,4
Não	248	89,7	123	86,6	371	87,6
p						0,4430
Preconceito Lazer						

Sim	12	4,7	4	2,4	16	3,1
Não	264	95,3	138	97,6	402	96,9
P						0,1941

Sobre as condições de saúde dos jovens, observamos que a maior parte não teve internação nos últimos 12 meses (89%, n=245), no geral 47,7 % (n=193) necessitou de consultas médicas. Quando comparado segundo a causa morte, a maioria dos órfãos por aids fizeram o teste para HIV.

Com relação ao desfecho obteve-se que a revelação da causa morte foi maior entre os órfãos por homicídio, como era esperado se considerarmos que a aids acumula mais fontes de estigmatização. As demais variáveis não apresentaram diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos. Conforme pode ser visto na tabela 2.

Tabela 2. Frequências, proporções, médias e desvio padrão das características sociodemográficas, discriminação e condições de saúde segundo a revelação da causa morte de um ou ambos os pais. São Paulo. 2005.

Variáveis	**Não revelou**		**Revelou**		**Total**	
	n	%	N	%	N	%
Causa morte pai(s)						
Aids	152	58,2	124	21,3	276	32,7
Homicídios	28	41,8	114	78,7	142	67,3
P						<0,001
Sexo						
Feminino	75	36,3	71	15,9	146	22,2
Masculino	105	63,7	167	84,1	272	77,8
P						<0,001
Idade						
Média (dp)	19,5(3,2)		19,4 (2,3)	19,4 (2,6)		
P						0,6549
Anos de estudo						
4 a 7	28	18,4	22	5,7	50	9,6
8 a12	149	78,8	213	92,3	362	88,2
> 12	3	2,8	3	2,0	6	2,2
P						0,0086
Trabalha atualmente						
Regular	50	28,4	74	34,0	124	32,2
Bico	23	16,2	32	12,1	55	13,4
Afastado/aposentado	4	1,7	8	3,3	12	2,8
Não tem	103	53,7	124	50,6	227	51,6

P						0,5004
Religião						
Evangélica	46	19,8	69	24,8	115	23,3
Católica	81	51,2	90	38,5	171	42,4
Outras	5	2,8	20	12,2	25	9,3
Nenhuma	48	26,2	59	24,5	107	25,0
P						0,0422
Freqüenta atos religiosos						
Sim	129	69,1	201	86,7	330	81,3
Não	51	30,9	37	13,3	88	18,7
P						0,0006
Cor de pele						
Negro	108	60,8	149	61,9	257	61,6
Não negro	72	39,2	89	38,1	161	38,4
P						0,8338
Socioeconômico						
Tercil 1	41	21,6	46	13,7	87	16,1
Tercil 2	61	31,7	73	31,3	134	31,5
Tercil 3	78	46,7	119	55,0	197	52,4
P						0,2652
Renda *per capita***						
< 350	85	72,8	121	67,5	206	69,0
>=350	34	27,2	52	32,5	86	31,0
P						0,4265
Cuidador atual						
Mãe	57	35,6	108	58,0	165	51,1
Pai	5	2,2	5	1,1	10	1,4
Avós maternos	25	15,3	13	5,2	38	8,3
Avós Paternos	8	3,4	4	1,8	12	2,3
Outros	18	10,1	23	4,5	41	6,3
Ninguém	67	33,3	85	29,5	152	30,6
P						0,0010
Tipo orfandade						
Paterno	95	59,2	155	80,3	250	73,8
Materno	36	19,4	35	8,9	71	12,1
Duplo	49	21,5	48	10,8	97	14,1
P						0,0008
Preconceito na escola						
Sim	21	15,7	26	10,9	47	12,4
Não	159	84,3	212	89,1	371	87,6
P						0,2104
Preconceito Lazer						
Sim	9	4,7	7	2,4	16	3,1
Não	171	95,3	231	97,6	402	96,9
P						0,1909
Internações no último ano						
Não	138	52,9	107	18,5	245	29,1

Sim	42	47,1	131	81,5	173	70,9
P						<0,001
Consultas médicas nos últimos 12 meses						
Não	97	52,7	128	52,2	225	52,3
Sim	83	47,3	110	47,8	193	47,7
P						0,9462

Na análise univariada, observou-se que ser órfão por homicídio, do sexo masculino, ter ficado doente a ponto de ser internado, freqüentar atos religiosos, ter maior escolaridade (de 8 a 12 anos de estudo) e não ser cristão (ser espírita, do candomblé umbanda, judeu, sem religião?) foi associados a maior revelação.

No modelo múltiplo, verificamos que ter perdido os pai(s) por homicídio, freqüentar atos religiosos e ter de 8 a 12 anos de estudo foram associados positivamente com a revelação. Entretanto, ser cuidado por avós maternos teve menor revelação. Estas variáveis foram ajustadas por causa morte, sexo e internação. As demais variáveis saíram do modelo porque perderam a significância e também não serviram de ajuste.

Tabela 3. Frequência, proporções, *odds ratio* bruta e ajustada dos jovens que revelaram a causa morte de um ou ambos os pais.

Variáveis	**Revelou**		**Univariada**		**Múltiplo****	
	n	%	OR_{bruta}	IC(95%)	OR_{ajust}	IC (95%)
Causa morte						
Aids	124	21,3	1,00		1,00	
Homicídios	114	78,7	5,14	(3,0;8,7)	3,23	(1,0;10,1)
Sexo						
Feminino	71	15,9	1,00		---	---
Masculino	167	84,1	3,00	(1,7;5,4)	---	---
Cuidador atual						
Mãe	108	58,0	1,00		1,00	
Pai	5	1,1	0,29	(0,1;0,7)	0,47	(0,2;1,3)
Avós maternos	13	5,2	0,21	(0,1;0,4)	0,23*	(0,1;0,5)
Avós Paternos	4	1,8	0,32	(0,1;1,1)	0,40	(0,1;1,1)
Outros	23	4,5	0,28	(0,8;0,9)	0,42	(0,1;2,3)
Ninguém	85	29,5	0,54	(0,3;0.9)	0,66	(0,3;1,4)
Internação						
Não	107	18,5	1,00		---	
Sim	131	81,5	4,94	(3,0;8,1)	---	---
Frequentar atos religiosos						
Não	37	13,3	1,00		1,00	

Sim	201	86,7	2,92	(1,6;5,3)	2,79*	(1,5;5,3)
Tipo orfandade						
Paterno	155	80,3	1,00		---	
Materno	35	8,9	0,34	(0,2;0,7)	---	---
Duplo	48	10,8	0,37	(0,2;0,7)	---	---
Anos de estudo						
4 a 7	22	5,7	1,00		1,00	
8 a12	213	92,3	3,74	(1,6;8,9)	3,27*	(1,2;9,1)
> 12	3	2,0	2,16	(0,3;17,8)	2,22	(0,2;21,9)
Religião						
Nenhuma	59	24,5	1,00		---	---
Evangélica	69	24,8	1,34	(0,7;2,6)	---	---
Católica	90	38,5	0,80	(0,4;1,6)	---	---
Outras	20	12,2	4,76	(1,5;15,1)	---	---
Preconceito no lazer						
Sim	7	2,4	1,00		---	---
Não	231	97,6	2,00	(0,7;5,8)	---	---

Nota:

** Modelo múltiplo ajustado por: causa morte, sexo, internação.

Hosmer Lemeshow p=0,28

A maioria dos jovens por homicídios relataram que outras pessoas sabem a causa da morte de seu(s) pais (p=0,0013). Entre as pessoas que sabem, a maioria é 95% núcleo familiar, 89% outros familiares, 83% amigos, 75% vizinhos e 42% namorado(a).

Dos jovens que não revelaram, os motivos mais relatados foram: é assunto privado e medo de discriminação. O medo de discriminação foi maior entre os órfãos por aids (p=0,0038).

Referencias Bibliográficas

CHONGO, Lídia Samuel. **Início da Vida Sexual de Jovens Órfãos por AIDS na cidade de São Paulo.** (Mestrado Saúde Pública). São Paulo. 2007. 56 p.

DORING, Marlene. **Situação dos órfãos em decorrência da aids em Porto Alegre/RS e fatores associados à institucionalização** (Tese de Doutorado); 2005. 98.

FERRARA, Andrea Paula. **Orfandade e estigma: vivências de jovens órfãos em decorrências da AIDS.** (Mestrado Saúde Pública). São Paulo. 2009. 115 p.

FRANCA-JUNIOR, Ivan; DORING, Marlene; STELLA, Isete Maria. Crianças órfãs e vulneráveis pelo HIV no Brasil: onde estamos e para onde vamos?. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102006000800005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 16 set 2009.

GALANO, Eliana. **O processo da revelação diagnóstica em crianças e adolescentes que vivem com o HIV/AIDS** (Mestrado UNIFESP) São Paulo; s.n; 2008. 164 p.

GUERRA, Camila Peixoto Pessôa; SEIDL, Eliane Maria Fleury. Crianças e adolescentes com HIV/Aids: revisão de estudos sobre revelação do diagnóstico, adesão e estigma. **Paidéia** (Ribeirão Preto), Ribeirão Preto, v. 19, n. 42, Apr. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-863X2009000100008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 Sept. 2009.

MARQUES, Heloisa Helena de Sousa et al . A revelação do diagnóstico na perspectiva dos adolescentes vivendo com HIV/AIDS e seus pais e cuidadores. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, mar. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000300017&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 16 set. 2009.

MURPHY D A. HIV-positive mothers' disclosure of their serostatus to their young children: a review**. Clin Child Psychol PsychiatryJan**, 13(1):105-22, 2008.

NASCIMENTO, Vanda Lúcia Vitoriano do. **Contar ou não contar: a revelação do diagnóstico pelas pessoas com HIV/Aids** . (Dissertação de Mestrado) PUCSP, 2002.

NASCIMENTO, Vanda Lúcia Vitoriano do. **AIDS e Direitos Humanos: práticas sociais em situações de discriminação**. Curitiba: Juruá, 2009.

SEIDL, Eliane Maria Fleury et al . Crianças e adolescentes vivendo com HIV/Aids e suas famílias: aspectos psicossociais e enfrentamento. **Psicologia: Teoria e Pesquisa, Brasília**, v. 21, n. 3, Dec. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722005000300004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 Sept. 2009.

SONTAG, Susan. **Doença Como Metáfora / Aids E Suas Metáforas**. São Paulo:Companhia da Letras, 2007.

SZWARCWALD, Célia Landmann; ANDRADE, Carla Lourenço Tavares de; CASTILHO, Euclides Ayres de. Estimativa do número de órfäos decorrentes da AIDS materna, Brasil, 1987-1999, **Cadernos saúde pública**,16(supl.1):129-34, 2000.

ZUCCHI, Eliana Miura. **Estigma e discriminação relacionada ao HIV/Aids: direito à educação de crianças e jovens órfãos por Aids** (Mestrado Saúde Pública). São Paulo. 2008. 88 p.

TRABALHOS COMPLETOS – OUTRAS INSTITUIÇÕES

ALTERAÇÕES DA AUTOESTIMA EM MULHERES COM TRANSTORNOS ALIMENTARES: ANOREXIA E BULIMIA NERVOSAS. IMPLICAÇÕES ODONTOLÓGICAS E PSICOLÓGICAS.

Sérgio Spezzia[75]

Alberto Sabá [76]

Raquel Viganó de Campos Antunes[77]

Elizy Salete de Jesus Calheiros [78]

Cintia Silvestroni Limberte[79]

João Munhoz[80]

Cleide de Sá Alves[81]

Cleonice Batista Vieira Alves[82]

RESUMO:

Transtornos alimentares são advindos de distúrbios graves no comportamento alimentar. Os dois principais tipos são : anorexia e bulimia nervosas, prevalecendo mais em mulheres. Autoestima, consta da capacidade que uma pessoa tem de confiar em si própria, de se sentir capaz de enfrentar os desafios da vida, é saber expressar de forma adequada para si e para os outros as próprias necessidades, desejos, é ter amor próprio. Problemas bucais observados em mulheres, advém, principalmente da ação do vômito e da regurgitação do ácido gástrico, provocadores de erosão dental por ação dos ácidos estomacais. O tratamento nos casos de transtornos alimentares será interdisciplinar: médico, psicológico, nutricional e odontológico. O objetivo deste

[75] Cirurgião dentista – Especialista em saúde da Mulhern no Climatério
[76] Cirurgião dentista – Especialista em saúde da Mulhern no Climatério
[77] Cirurgião dentista – Especialista em saúde da Mulhern no Climatério
[78] Psicóloga Especialista em saúde da Mulher no Climatério
[79] Psicóloga Especialista em saúde da Mulher no Climatério
[80] Psicóloga Especialista em saúde da Mulher no Climatério
[81] Psicóloga
[82] Fisioterapeuta

trabalho, refere-se à importância de abordagem terapêutica precoce para possibilitar minimização de possíveis danos provocados pela manifestação da enfermidade. Sob aspecto do tratamento psicológico, geralmente utiliza-se psicoterapia para tratamento de Anorexia Nervosa; Bulimia Nervosa(AN, BN), podendo-se optar pela abordagem psicodinâmica no tratamento: psicoterapia psicodinâmica. Conclui-se dessa forma, que o tratamento psicológico realizado propiciará melhora da qualidade de vida dessas mulheres com regressão dos sintomas e minimização dos danos provocados pela doença.

Palavras-Chave: Anorexia Nervosa; Bulimia Nervosa; Autoestima; Psicoterapia Psicodinâmica.

Introdução

Os transtornos alimentares constituem alteração persistente do comportamento alimentar e/ou dos comportamentos voltados para o controle de peso, acarretando em prejuízos a saúde física ou ao funcionamento psicossocial (Fairburn & Walsh, 2002).

Um transtorno alimentar é marcado por extremos e faz-se presente quando a pessoa experimenta distúrbios graves no comportamento alimentar, como redução extrema da ingestão de comida, comer exageradamente ou sentimentos de grande angústia ou desconforto sobre o peso e forma do corpo. Uma pessoa com transtorno alimentar pode começar comendo quantidades menores ou maiores que o usual, porém em algum ponto o impulso de comer mais ou menos sai fora do controle. A etiologia dos transtornos alimentares é constituída por um conjunto de fatores em interação, que envolvem componentes biológicos, psicológicos, familiares e sócio-culturais. Os dois principais tipos são : anorexia nervosa (AN) e bulimia nervosa (BN). Existe prevalência e probabilidade muito maior em mulheres, 90 a 95% dos casos envolvem mulheres brancas, jovens, afluentes e com inteligência pelo menos normal (CASTRO; GOLDSTEIN, 1995, HOLK, 2006). A anorexia nervosa é doença grave de etiologia multifatorial, que envolve predisposição genética, fatores socioculturais, vulnerabilidades biológicas e também psicológicas.

Caracteriza-se por séria restrição alimentar auto-imposta, com conseqüências orgânicas e psíquicas graves e alta taxa de mortalidade. Sua definição clínica diz que estabelece como característica principal a perda auto-induzida de importância, provocada por uma preocupação patológica pela forma e o peso do próprio corpo, que mais tarde se manifesta mediante o controle excessivo da ingesta de alimentos. Apresenta-se normalmente na adolescência (14-18 anos de idade), mas em outros casos em idades mais tardias (20-40 anos de idade). Normalmente aparece nas mulheres, mas também se dão casos masculinos. O termo anorexia provém do grego: a-/an- (negacão) + orégo (tender, apetecer). Uma pessoa com anorexia nervosa é chamada de anoréxica. Uma pessoa anoréxica pode ser também bulímica. A pessoa com anorexia recusa-se a manter o peso mínimo de acordo com sua idade e altura, podendo estar com o peso corporal 15% abaixo do esperado. A pessoa com anorexia pode empregar métodos adicionais para perder peso, como abuso de laxantes, diuréticos ou anorexígenos, indução de vômitos e exercícios físicos em excesso. Pode desenvolver rituais alimentares, como pesar todos alimentos e pesar compulsivamente. Há grande prejuízos nos relacionamentos interpessoais. Estima-se uma incidência de morte em 20% dos casos (Garfinkel PE, Garner DM, 1982; FAIRBURN,C.G.; COOPER,P.J., 1989; Russell GF, Dare C, Eisler BA, LeGrange PD, 1992; Garner DM, Needleman LD, 1997; SILVA, M. R., 2003; BALLONE, G. J. , 2006; GIORDANI, R. C. F, 2006; HOLK, H. W, 2006).

Na bulimia nervosa a pessoa ingere muita comida em pouco tempo e então busca prevenir o ganho de peso ao tentar se livrar do que comeu tentando vomitar ou tomando laxantes. A pessoa se encontra com bulimia quando ela tem compulsão alimentar, ou seja come exageradamente, sem nenhum tipo de controle e em seguida faz uso inadequado de laxantes, diuréticos, vômitos, jejum ou exercícios para prevenir o ganho de peso. A atitude em relação ao peso é extrema: pesam-se compulsivamente ou evitam a balança. A pessoa com bulimia nervosa sente como se não pudesse controlar a quantidade de alimentos que come. Pessoas com bulimia também podem se exercitar muito para prevenir o ganho de peso. Ao contrário da anorexia, pessoas com bulimia podem estar dentro da faixa de peso normal. A bulimia

nervosa é mais do que um problema com a comida. A alimentação compulsiva pode ser desencadeada por dieta, estresse ou emoções desconfortáveis (Russell GFM, 1979; Johson C, Tobin DL, Dennis A, 1990; Griffiths RA, Channon-Little L, 1996; Oliveira MD, 2001) . Na BN os critérios diagnósticos incluem: episódios recorrentes de compulsão alimentar caracterizados pelos critérios de ingerir em curto espaço de tempo uma quantidade de comida muito maior do que a maioria das pessoas em circunstâncias semelhantes conseguiria comer num período semelhante de tempo e sensação de total falta de controle durante o episódio; comportamentos compensatórios inadequados e recorrentes para prevenir o ganho de peso, como vômitos, laxantes, enemas, diuréticos, remédios para emagrecer, jejuns e atividade física excessiva; compulsões alimentares e comportamentos compensatórios ocorrem pelo menos duas vezes por semana por três meses; indevida influência do peso ou forma corporal na auto-avaliação; o transtorno não ocorre exclusivamente durante o episódio de AN (BURKE, F. J. T.; BELL, T. J.; ISMAIL, N.; HARTLEY, P., 1996; SCHMIDT, U.; TREASURE, J., 1997; WISEMAN, C. V.; HARRIS, W. A.; HALMI, K. A., 1998). Na erosão dental haverá perda de substância dental, comumente encontrada em pacientes com anorexia nervosa e bulimia nervosa. Os dentes adquirem coloração escuro-acinzentada. Em dentes com restaurações de amálgama pode haver um aspecto de projeção dessas restaurações, as chamadas ilhas de amálgama, produzidas pela deterioração do esmalte adjacente (Pegoraro et al., 2000). Em casos mais graves, as bordas incisais dos dentes são acometidas, produzindo coroas clínicas curtas e aparência de pseudomordida aberta. É importante o ganho de confiança do paciente na anamnese pelo cirurgião dentista, ao invés de dirigir perguntas diretas sobre AN e BN deve inquirir sobre hábitos alimentares e possibilidade de existência de problemas gastrointestinais. Essa postura de certa forma leva a resultados positivos sob o ponto de vista do tratamento do transtorno alimentar, pois possibilita melhora da autoestima da paciente por meio do tratamento odontológico ao longo do tempo, evitando a deterioração dos dentes (BURKE, F. J. T.; BELL, T. J.; ISMAIL, N.; HARTLEY, P., 1996; SCHMIDT, U.; TREASURE, J., 1997). O cirurgião dentista deve estar preparado para um manejo adequado da paciente, abordando o assunto com habilidade suficiente para ganhar sua confiança (HAZELTON, L. R.; FAINE, M.

P., 1996), além disso é potencialmente o primeiro profissional de saúde a diagnosticar a doença (AN, BN) (BURKE, F. J. T.; BELL, T. J.; ISMAIL, N.; HARTLEY, P., 1996, SCHMIDT, U.; TREASURE, J., 1997), devido a perdas de substância dental resultantes, chamadas de erosão dental, oriundas de um ambiente bucal cronicamente ácido (WISEMAN, C. V.; HARRIS, W. A.; HALMI, K. A., 1998). Gerar-se-à dessa forma, melhor resultado no tratamento odontológico, possibilitando sua referência para serviços com abordagem multidisciplinar: psicoterápico, médico e nutricional.

O tratamento odontológico restaurador será realizado com o intuíto de auxiliar o tratamento psicológico, na tentativa de aumentar a autoestima da paciente e poderá variar, desde uma simples restauração até reabilitações bucais complexas em pacientes com perda de dimensão vertical (BURKE, F. J. T.; BELL, T. J.; ISMAIL, N.; HARTLEY, P., 1996). Lembrando ainda, que se houver falta de dentes nessas mulheres, ter-se-à prejuízo na qualidade de vida e muitas vezes na autoestima, principalmente quando a estética do sorriso fica comprometida. Um dos principais problemas para o dentista no trabalho com pacientes com desordens alimentares, advém de seus problemas psicológicos (HAZELTON; FAINE, 1996). Normalmente os pacientes são bastante compulsivos em seus comportamentos diários. Sua higiene bucal é bastante meticulosa, repetitiva e muitas vezes seguida de escovações agressivas após o ato de vomitar, podendo resultar em severa abrasão (BURKE, F. J. T.; BELL, T. J.; ISMAIL, N.; HARTLEY, P., 1996; SCHMIDT, U.; TREASURE, J., 1997). A mucosa bucal e a faringe dos pacientes com distúrbios alimentares podem sofrer traumatismos, devido a rápida ingestão de grande quantidade de comida e a força de regurgitação. Objetos usados na indução do vômito, dedos, escovas e canetas podem provocar lesões no pálato mole, também pode ocorrer desidratação, eritema e queilite angular (Pegoraro et al., 2000; Francischone et al., 2003). Além da erosão, outras manifestações das desordens de alimentação podem incluir aumento assintomático das parótidas, xerostomia, irritações da mucosa oral, sensibilidade dental à alteração de temperatura, mordida aberta anterior e maior freqüência de cáries (cáries radiculares e outras) (RYTÖMAA, I.; JÄRVINEN, V.; KANERVA, R.; HEINONEN, O. P., 1998). Aparece ainda, o sinal de Russel, que é uma lesão

no dorso da mão provocada pelo trauma repetido dos dentes incisivos na indução do vômito (Fisher W, Golden NH, Katzman DK, et al., 1995).

Autoestima e Psicoterapia Psicodinâmica

Em Psicologia a autoestima, inclui a avaliação subjetiva que uma pessoa faz de si mesma, como sendo intrinsecamente positiva ou negativa em algum grau (Sedikides & Gregg, 2003). É a avaliação que o indivíduo faz de suas experiências interpessoais, atribuindo juízo de valor a si mesmo. As crianças formam sua autoestima, dependendo da maneira como são tratadas por pessoas importantes para ela, tais como: pais, amigos e professores. Consta da capacidade que uma pessoa tem de confiar em si própria, de se sentir capaz de poder enfrentar os desafios da vida, é saber expressar de forma adequada para si e para os outros as próprias necessidades e desejos, é ter amor próprio. Outros dois termos são usados, muitas vezes como sinônimos de autoestima: autoconfiança e autoaceitação. A psicoterapia para baixa autoestima, baseia-se em “quatro pilares da auto-estima”: autoaceitação, autoconfiança, competência social, rede social. A baixa autoestima gera: ansiedade, medo, depressão, fobias. Na anorexia nervosa, baixa autoestima e distorção da imagem corporal são os principais componentes que reforçam a busca de um emagrecimento incessante, levando a prática de exercícios físicos, jejum e uso de laxantes ou diuréticos de uma forma intensa.

O tratamento a ser realizado é longo e exige atendimento permanente, devido a freqüentes recaídas, oriundas na maioria das vezes do ganho de peso que causa horror as doentes. É preciso alimentá-los aos poucos, uma vez que seu corpo está desacostumado a comida. Além de ser individualizado de acordo com as necessidades de cada paciente pode incluir medicações e é realizado de forma interdisciplinar: médico, psicológico, nutricional e odontológico, acompanhando-se a paciente, juntamente com a família (Castro, J.; Toro, J. & Cruz, M., 2000; Webster, J.J. & Palmer, R.L., 2000; Whelon, E. &

Looper, P.J.,2000). Alguns pacientes precisam ser hospitalizados para tratar a subnutrição, o ganho de peso ou por outras razões.

Geralmente utiliza-se a psicoterapia para tratamento de AN e BN e como em qualquer psicoterapia, o sucesso do tratamento depende do indivíduo, pois se a pessoa realmente deseja resolver suas dificuldades pessoais, ela terá na psicoterapia um recurso fundamental (Bruch H., 1985; FAIRBURN,C.G.; COOPER,P.J., 1989; Groot J, Rodin G, 1998; Dare C, Eisler I, Russell G, Treasure J, Dodge L, 2001; BALLONE, G. J, 2006).

Pode-se optar pela psicoterapia psicodinâmica no tratamento dos transtornos alimentares. A abordagem psicodinâmica, refere-se a uma compreensão do psiquismo em seus processos dinâmicos, orientando o trabalho em direção ao insight e está fundamentada nos princípios da teoria psicanalítica, cuja técnica visa elaborar e resolver conflitos intrapsíquicos a serviço da reestruturação, reorganização e desenvolvimento da personalidade. Sob essa perspectiva, o sintoma consiste em uma comunicação simbólica sobre a natureza e a extensão do conflito subjacente.

Embora a teoria psicodinâmica não apresente uma definição conceitual única e precisa, ela tem o objetivo de auxiliar os pacientes a compreender os significados dos sintomas manifestos, encontrando assim, alternativas mais adaptadas para lidar com o sofrimento psíquico (Dewald P, 1981; Abuchaim A, Pinheiro AP, Nunes MAA, 1999).

Considerações Finais

Na AN a psicoterapia individual é a mais indicada porque visa a modificação de comportamento, das crenças e dos esquemas falhos de pensamento. Os programas que incluem psicoterapia grupal, podem ser ineficazes durante a fase aguda, pois podem frequentemente provocar efeitos negativos, uma vez que podem aguçar a competividade pela perda de peso. A restituição nutricional é um pré-requisito para a eficácia da psicoterapia, embora o ganho de peso não seja sinônimo de cura. O peso não pode ser negligenciado na expectativa de que seja restaurado, como conseqüência da

resolução dos conflitos subjacentes. A terapia individual é um processo de autoconhecimento, que pode favorecer a cura de sintomas psíquicos, promover a resolução de conflitos emocionais e gerar descobertas que libertam o ser humano de suas tensões. Não há estudos controlados sobre a eficácia das psicoterapias psicodinâmicas na BN. A experiência clínica sugere que elas auxiliam no tratamento das comorbidades, na redução da ansiedade, nos traumas por abuso sexual e na melhora das relações interpessoais. Estudos apontam, por outro lado, que a terapia cognitiva comportamental é superior para quadros de BN simples, mas não nas formas mais complexas, onde a abordagem psicodinâmica pode representar grande auxílio. Concluiu-se, dessa forma que o tratamento psicológico realizado, tenderá a propiciar melhora da qualidade de vida dessas mulheres com regressão dos sintomas e minimização dos danos provocados pela doença.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abuchaim A, Pinheiro AP, Nunes MAA. Abordagem psicodinâmica. In: Nunes MAA, Appolinário JC, Coutinho W et al, editores. Transtornos alimentares e obesidade. Porto Alegre: Artmed; 1999. p. 148-54.

American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4ª ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994.

American Psychiatric Association - APA. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. American Psychiatric Press, Washington (DC), 1994.

BALLONE, G. J. Anorexia Nervosa. PsiqWeb: Psiquiatria Geral. Disponível em: <http://gballone.sites.uol.com.br/anorexia.html>. Acesso em: 21 nov. 2006.

BECK, A. T. 1963. Thinking and Depression I. Idiosyncratic content and cognitive distortions.Archives of General Psychiatry 9, 324-333.

_____. 1964. Thinking and Depression II. Theory and Therapy. Archives of General Psychiatry 10, 561-571.

BECK, A. T.; RUSH, A.J.; SHAW, B.F. & EMERY, G. 1979. Cognitive Therapy of Depression. New York: Guilford Press.

BECK, A. T. & ALFORD, B. A . 2000. O poder integrador da terapia cognitiva. Porto Alegre: Artes Médicas.

BURKE, F. J. T.; BELL, T. J.; ISMAIL, N.; HARTLEY, P. Bulimia: implications for the practicing dentist. Brit Dent J, v. 180, n. 11, p. 421- 426, Jun. 1996. Bruch H. Four decades of eating disorders. In: Garner DM, Garfinkel PE, editors. Handbook of psychotheraphy for anorexia nervosa and bulimia. New York: Guilford Press; 1985. p. 7-18.

CASTRO, M. J.; GOLDSTEIN, J. S. Eating attitudes and behaviors of pré-and postpubertal females: clues to the etiology of eating disorders. Physiology and Behavior, Elmsford, v. 58, n. 1, p. 15-23, jul. 1995.

CASTRO, J.; TORO, J.; CRUZ, M. - Quality of rearing practices as preditor of short-term outcome in adolescent anorexia nervosa. Psychological Medicine 30: 61-7, 2000.

Dare C, Eisler I, Russell G, Treasure J, Dodge L. Psychological therapies for adults with anorexia nervosa. Br J Psychiatry 2001;178:216-21.

Dewald P. Psicoterapia: uma abordagem dinâmica. Porto Alegre: Artmed; 1981.

Eisler I, Dare C. Family Therapy for adolescent anorexia nervosa: the results of a controlled comparison of two family intervention. J Child Psychol Psychiat 2000;41(6):727-36.

Fisher W, Golden NH, Katzman DK, et al. Eating disorders in adolescence: a background paper. J Adolescent Health, 1995, 16(6): 420-437.

Francischone, C.E., D'alpino, P.H.P., Castañeda-Espinosa, J.C., Mondelli, R.F.L. Tratamento conservador de dentes com erosão decorrente de bulimia nervosa: restabelecimento da guia anterior. J Bras Clin Odontol Int., Curitiba, v. 7, n. 38, p. 100-105, Mar./Abr. 2003.

Garfinkel PE, Garner DM. Anorexia nervosa: a multidimensional perspective. NewYork: Brunner and Mazel; 1982.

Garner DM, Needleman LD. Sequecing and integration of treatments. In: Handbook of treatment for eating disorders. New York: Guilford Press; 1997. p. 50-63.

GIORDANI, R. C. F. A auto-imagem corporal na anorexia nervosa: uma abordagem sociológica. Psicologia & Sociedade, Porto Alegre, v. 18, n. 2, p.81-88, mai./ago. 2006.

Griffiths RA, Channon-Little L. Psychological treatments and bulimia nervosa: an update. Austr Psychol 1996; 31:79-96.

Groot J, Rodin G. Coming alive: the psychotherapeutic treatment of patients with eating disorders. Can J Psychiatry 1998; 43:359-66.

HAZELTON, L. R.; FAINE, M. P. Diagnosis and dental management of eating disorder patients. Int J Prosthodont, v. 9, n. 1, p. 65-73, Jan. 1996.

HOLK, H. W. Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and other eating disorders. Current Opinion in Psychiatry, Pittsburgh, USA, v. 19, n. 4, p. 389-394, jul. 2006.

James, William (1892). Psychology: The briefer course. New York: Holt.

Johson C, Tobin DL, Dennis A. Differences in treatment outcome between borderline and nonborderline bulimics at 1 yearfollow-up. Int J Eat Disord 1990;9:617-27.

Oliveira MD. O impasse narcísico na bulimia nervosa. Mudanças Psicoter Estud Psicossociais 2001;9(15):13-26.

Organização Mundial da Saúde. Classificação dos transtornos mentais e de comportamento do CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: Artes Médicas, p. 190-192, 1997.

Pegoraro, C.N.; Sakamoto, F.F.O.; Domingues, L.A. Perimólise: etiologia, diagnóstico e prevençäo. Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent;54, p.156-61, Mar./Abr., 2000.

Russell GFM. Bulimia nervosa: an ominous variant of anorexia nervosa. Psychol Med 1979;9:429-48.

Russell GF, Dare C, Eisler BA, LeGrange PD. Controlled trials of family treatments in anorexia nervosa. In: Halmi KA, editor. Psychobiology and treatment of anorexia nervosa and bulimia nervosa. Washington (DC): American Press Association; 1992. p. 237-61.

RYTÖMAA, I.; JÄRVINEN, V.; KANERVA, R.; HEINONEN,O. P. Bulimia and tooth erosion. Acta Odontol Scand,v. 56, n. 1, p. 36-40, Feb. 1998.

Sedikides, C., & Gregg. A. P. (2003). "Portraits of the self." Em M. A. Hogg & J. Cooper (Eds.), Sage handbook of social psychology (pp. 110-138). Londres: Sage Publications.

SCHMIDT, U.; TREASURE, J. Eating disorders and the dental practitioner. Eur J Prosthodont Restor Dent, v. 5, n. 4, p. 161-167, Dec. 1997.

SILVA, M. R. da. Anorexia nervosa em crianças e adolescentes: uma experiência clínica hospitalar. Psicoterapia e Estudos Psicossociais, São Paulo, v. II, n. 1, p. 21-40, jan.-jul. 2003.

Zerbe KJ. The crucial role of psychodynamic understanding in the treatment of eating disorders. Psychiatr Clin N Am 2001;24:305-13.

Zerbe KJ. The inicial role of psychodynamic understanding in the treatment of eating disorders. Psychyatric Clin N Am 2001;24:305-13.

Yager J, Andersen A, Devlin M, Egger H, Herzog D, Mitchell J et al. For the American Psychiatric Association: practice guideline for eating disorders. Am J Psychiatry 2000;(Suppl):157.

WEBSTER, J.J.; PALMER, R.L. - The childhood and family background of women with clinical eating disorders: a comparison with major depression and women without psychiatric disorder. Psychological Medicine 30: 53-60, 2000.

Welch SL, Fairburn CG. Sexual abuse and bulimia nervosa: three integrated case control comparisons. Am J Psychiatry 1994;151:402-7.

WHELAN, E.; COOPER, P.J. - The association between childhood feeding problems and material eating disorder: a community study. Psychological Medicine 30: 69-77, 2000.

WISEMAN, C. V.; HARRIS, W. A.; HALMI, K. A. Eating disorders.Med Clin North Am, v. 82, n. 1, p. 145-157,Jan. 1998.

TRANSGERACIONALIDADE DA VULNERABILIDADE SOCIAL E OS CONFLITOS COM A LEI

Beatriz Borges Brambila

Hilda Rosa Capelão Avoglia

Universidade Metodista de São Paulo[83]

Resumo

A história familiar é marcada pela presença de mitos e segredos inconscientes que afetam diretamente as relações com seus filhos, crianças ou adolescentes, que, por sua vez, carregam o peso dessa trajetória transmitida de geração em geração. O presente trabalho descreve as relações entre a transgeracionalidade da vulnerabilidade social e os conflitos com a justiça entre famílias com adolescentes da Zona Leste da cidade de São Paulo. É relatado um caso, acompanhado durante um ano e meio pela equipe de um Centro de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente/SP. O caso trata da história de uma família migrante do Nordeste, que se instala em uma favela de SP, marcada por idas e vindas em instituições prisionais e que sobrevive nas ruas de São Paulo *na* e *da* criminalidade. Neste percurso, verificamos que o tráfico e o roubo são considerados como um trabalho formal e esses adolescentes atuam no crime como uma herança familiar. A "tradição" da criminalidade, identificada nestas famílias, nos indica a presença do fenômeno da transgeracionalidade da situação de pobreza e do conflito com a lei.

Palavras-chave: transgeracionalidade, vulnerabilidade social, criminalidade.

[83] Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Saúde da Universidade Metodista de São Paulo.

A atuação profissional, em especial quando diante de ações desenvolvidas direta ou indiretamente com comunidades menos favorecidas, envolve o trabalho com famílias que vivem em situação de vulnerabilidade social. Tal evidencia exige a apropriação de um olhar diferenciado para essa população, pois, de modo mais clássico, observa-se que na formação se estuda predominantemente modelos de famílias característicos da classe econômica e socialmente mais favorecida.

Sendo assim, o termo transgeracionalidade nos parece pertinente quando relacionado a vulnerabilidade social. Compreender o funcionamento de famílias que vivem conflitos com a lei e com a criminalidade tem um sentido mais claro quando situado em um contexto histórico. O que acontece com os casais, pais de filhos crianças ou adolescentes dessas famílias, certamente está influenciado pela estrutura inconsciente de suas próprias famílias de origem.

Apontamos para o mecanismo de transmissão de determinados estados psíquicos de uma geração para outra, como afirma Freud (1913), supondo a existência de uma herança arcaica, hipótese esta que, marca sua preocupação em descrever a psicologia não apenas individual, mas a psicologia das massas.

As várias gerações carregam consigo a história, os segredos os conteúdos ocultos e reprimidos, que podem ser transmitidos para as novas gerações, fazendo-os ressurgir a qualquer momento e influenciando o desenvolvimento psíquico.

Rozitchner e Antar (1997) argumentam que aquilo que um grupo familiar transmite é vivenciado outras vezes e por outras gerações. Contudo, afirma que tais reedições não ocorrem sempre do mesmo modo, pois uma determinada geração pode provocar alterações, transformando sua dinâmica e atualizando as formas de interação, e isso, conforme o autor, facilitaria um outro modo de funcionamento da família.

A rotina da vida familiar, segundo o mesmo autor, é marcada por regras, entendidas como regras secretas de interação e comuns a todas as famílias. Para Ferreira (1963) tratam-se de crenças estabelecidas, compartilhadas e acatadas, de forma inquestionável por todos os membros da família, que denominou de “mitos familiares”.

Sobre essa questão, Andolfi e Angelo (1989) afirmam que, tanto a realidade quanto a fantasia estão presentes nos mitos, e que sua existência assegura a satisfação de determinadas necessidades, mantendo-se “inalterado pela cumplicidade”. Ainda segundo os autores, a estrutura e o funcionamento psicodinâmico de uma família se organiza a partir dos mitos familiares, que por sua vez são formados considerando os mitos de cada um dos indivíduos que integram essa família.

De um modo geral, os autores falam sobre a importância de se conhecer o contínuo de tempo dessa família, no qual se expressam as expectativas, perspectivas futuras, sensações passadas, sentimentos vividos e os vários papéis desempenhados por cada integrante. Conhecer a história da família e de seus integrantes possibilita a oportunidade de reconstruí-la, reconhecendo seus mitos, situando seus problemas ainda não elaborados facilitando seu processo evolutivo (ANDOLFI e ANGELO, 1989).

Casella (1990), em seu estudo sobre mitos e segredos familiares utilizando a Entrevista Trigeracional, discute que certas famílias não podem proporcionar aos seus filhos um ambiente adequado do ponto de vista psicoafetivo em função estarem atreladas aos mitos. A autora verifica que os filhos não apresentam condições egóicas suficientes para lidar com determinadas condições impostas pela dinâmica familiar, sendo, desse modo, prejudicadas em seu desenvolvimento psíquico. Conclui que o conhecimento do passado é útil para modificações no presente, facilitando o planejamento psicossocial e o prognóstico dessas famílias.

Abordar essas perspectivas nos parece interessante em casos que envolvem a condição de vulnerabilidade social das famílias, como as aqui estudadas. Observa-se uma situação de grave desfavorecimento econômico e social que certamente interfere na forma como se organizam, gerando

inclusive, em alguns casos, conflitos com a lei. Decorre dessa consideração a necessidade de se relacionar a transgeracionalidade, com os mitos e segredos e a vulnerabilidade social.

Para melhor compreender esse conceito, recorremos a Ayres e cols. (1999) que define a vulnerabilidade social como a ausência e bens materiais e de serviços capazes tornar uma pessoa suscetível, ou seja, quando não há condições para uma mobilidade social no âmbito da educação, das oportunidades de trabalho e das políticas públicas. Mesmo assim, não é possível reduzir a sua compreensão a situações de pobreza ou de populações carentes, conforme argumentam Gareschi; Reis; Huning e Bertuzzi (2007), pois não se refere exclusivamente a esfera econômica, mas também se associa as organizações políticas de raça, orientação sexual, gênero e etnia.

Assim, o presente estudo teve como objetivo descrever as relações entre a transgeracionalidade da vulnerabilidade social e os conflitos com a justiça entre famílias com adolescentes da Zona Leste da cidade de São Paulo. Para tanto, apresentamos dois estudos de caso que foram acompanhados durante um ano e meio pela equipe de profissionais integrante de um Centro de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente/SP.

A família de Nilda: vulnerabilidade e conflitos com a lei:

Nilda é a mais nova dos três filhos de um casal de nordestinos que migra para São Paulo em busca de melhores oportunidades de trabalho. Com poucas condições financeiras, a família se fixa em uma das favelas situadas na Zona Leste da cidade de São Paulo e passa a viver de trabalhos informais feitos pelo pai de Nilda.

Cada vez mais, a família vai se deparando com dificuldades de natureza econômica, social e emocional. Os genitores passam a fazer uso de álcool de forma cada vez mais abusiva. A relação familiar passava a ser marcada por comportamentos violentos, maus tratos entre o casal e os filhos.

Aos 11 anos de idade, Nilda não suportava mais a violência que se manifestava no grupo, em especial entre os pais e foge de casa, passando a viver na rua, no centro da cidade de São Paulo. Envolve-se com o trafico de drogas e em seguida com a drogadição, fazendo uso abusivo de crack, substância da qual é dependente até os dias de hoje.

Além do trafico de drogas, identifica-se a prostituição e o roubo, que aparecem como uma das formas que a menina encontra de subsistência e manutenção de seu vício. Aos 16 anos, Nilda mantém relação com um homem, também em morador de rua. Como conseqüência dessa relação, ela dá à luz ao seu primeiro filho. Assim que a criança nasce, retorna para a casa de seus pais e entrega a criança a sua mãe que, por sua vez, entrega o bebê a uma família desconhecida, por não ter condições de sustentá-lo.

Nilda retorna para a rua e permanece praticando atividades ilícitas. Tem um novo relacionamento, e pela segunda vez, se torna mãe de uma menina. Neste caso, a própria Nilda a entrega a desconhecidos.

De modo resumido, em seus relatos Nilda costuma justificar seus atos como uma questão de sobrevivência. Narra com alguns detalhes o assassinato de uma pessoa cometido por ela em uma briga de rua. Aparentemente não demonstra culpa quando comenta esse fato. Devido a este fato, é aprendida e permanece por cerca de 7 anos no sistema prisional.

Ao término de sua pena, retorna para a casa dos pais, conhece aquele que seria o pai de seu terceiro filho, João. Nilda se envolve afetivamente com o companheiro e mantém uma relação e convivência estável. Quando João faz 10 anos de idade, Nilda separa-se do companheiro por ter sido traída. Abandona o marido e o filho e volta para as ruas retomando o uso abusivo de crack.

O pai de João constitui nova família e a criança passou a residir com sua avó materna, sendo vítima de maus tratos e presenciando os episódios de alcoolismo da avó. João passa a “trabalhar” para o tráfico de drogas nas ruas do centro de São Paulo e também a fazer uso esporádico de maconha. Nilda

chega a passar meses sem ver o filho e sempre que este retorna esta sob efeito de drogas.

No ano de 2008, João passa a receber subsídios e proteção do narcotráfico local. É apreendido e fica recluso por 09 meses em uma das Unidades de Internação da Fundação Casa de São Paulo. Neste momento, um Centro de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente da cidade de São Paulo passa a intervir junto ao adolescente e sua família em um enfoque psicológico, jurídico e social. É elaborado, junto com o adolescente, um Plano Individual de Atendimento, destinado a estabelecer metas e encaminhamentos que visem o seu bem estar e a re-inserção em sua comunidade até o término da medida socioeducativa de internação aplicada.

Nilda conhece seu atual companheiro e retorna para o bairro. Ela também é alvo das intervenções do Centro de Defesa e é inserida em grupos de apoio e orientação familiar. Em seus relatos manifesta sentimentos de culpa e de incapacidade, fatores que passam a ser trabalhados no grupo com o sentido de fortalecer sua auto-estima. Outro dos encaminhamentos realizados foi à inserção de Nilda junto a um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD).

Atualmente, Nilda permanece freqüentando o CAPS AB e João, seu terceiro filho, permanece inserido em atividades e projetos sócio-educativos do Centro de Defesa. Ambos oscilam entre momentos de estabilidade e instabilidade no que se refere ao uso de substâncias psicoativas e ao envolvimento com o tráfico local de drogas.

Transgeracionalidade, vulnerabilidade e conflitos com a lei na família de Nilda:

Muitos são os aspectos que permeiam a família de Nilda. Vamos destacar alguns deles com o objetivo de ilustrar nossa compreensão.

Inicialmente nos cumpre apontar que não estamos apresentando a pobreza como determinante dessa história familiar. Consideramos a pobreza como condição que interfere diretamente na organização familiar e na forma como as relações se estabelecem em uma família, como aconteceu com Nilda, gerando, como aponta Oliveira e Milnitsky-Sapiro (2007) as “famílias desestruturadas”, que segundo os autores caracteriza as famílias incapazes de cuidar de seus filhos.

A falta de condições materiais e de serviços que impediram os pais de Nilda e, posteriormente a própria Nilda, de exercerem suas funções de parentais e de assegurarem a continência necessária ao desenvolvimento de seus dependentes. Além deste fator, imprescindível para compreensão do caso, não podemos deixar de lado os comprometimentos internos que afetam esses indivíduos. Pensar que João reedita o que foi vivido por sua mãe, repete as vivências traumáticas diante da avó que recorre ao álcool e a falta de acolhimento.

A mãe de Nilda renuncia os seus cuidados, conseqüentemente ela foge de casa e inicia sua trajetória nas ruas envolvida com drogas, roubo e prostituição. João, por sua vez, do mesmo modo, parece não ter encontrado mecanismos, nem externos e nem internos, para responder de um modo diferente a esse contexto.

No caso de Nilda, temos poucas informações sobre seu pai, indicando afastamento afetivo, o que se confirma posteriormente diante do abandono parte dos pais de seus filhos.

Em certo momento, quando convive com seu companheiro e seu filho, inicia-se uma vinculação, que poderia ser um caminho para alterar as relações, pelo menos no plano emocional, porém, é prejudicada em função da traição do companheiro, levando-a mais uma vez, ao abandono do filho e de volta as ruas e as drogas. Mesmo já tendo mal tratado a filha, a mãe de Nilda reproduz esse mesmo comportamento com o neto João, que, por sua vez, responde do mesmo modo que a mãe, saindo de casa e atuando junto ao tráfico. Ambas, mãe e avó parecem ter desistido de cuidar de seus filhos.

Os conflitos com a lei e o envolvimento com a criminalidade são o caminho encontrado por eles para responder a complexidade de relações experimentadas por essa família.

Nilda, que originalmente sofreu com o processo migratório, e João, pertencem a uma família marcada pelo rompimento, abandono e vazio afetivo, sendo ambos entregues à rua, numa trajetória permeada pelo sofrimento psíquico.

Considerações finais:

Assim com a família de Nilda, outros grupos são considerados sob a marca da vulnerabilidade social e, pelo que observamos, compreender a trajetória desses grupos levando em conta a transgeracionalidade pode ser útil no sentido de romper com mitos e regras, articulando a história de cada um à história do grupo.

Ainda não é possível dizer o quanto a inserção de mãe e filho nos programas institucionais aqui mencionados pode ser benéfico. Entretanto, o fato de oferecer uma experiência vincular através da atuação das equipes, nos leva a crer que a ação desses centros de apoio pode promover o acolhimento, humanizar relações e provocar transformações capazes de romper a repetição das respostas até então utilizadas, dando um novo sentido as condições da vida.

Referências Bibliográficas:

Andolfi, M. e Ângelo, C. **Tempo e mito em psicoterapia familiar**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1986.

AYRES, J.R; e cols. Vulnerabilidade s prevenção em tempo de AIDS In: PARKER, R. e cols. **Sexualidade pelo avesso:** Direitos, Identidades e Poder. São Paulo: Editora 34, 1999.

Casella, M. A. M. **Mitos e segredos: um estudo sobre a estrutura e a dinâmica familiar no psicodiagnóstico infantil.** Dissertação de Mestrado. PUC-SP. São Paulo: 1990.

Ferreira, A. Family mith and homeostais. **Archives of general psychiatry**, 9:457-63, 1963.

Freud, S. Totem e tabu. In: **Obras completas de Sigmund Freud**. Edição Standart Brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1913. v. XIII.

Guareschi, N.M.F.; Reis, C.D.; Huning, S.M. e Bertuzzi, L. D. Intervenção na condição de vulnerabilidade social: um estudo sobre a produção de sentidos com adolescentes do programa do trabalho educativo. **Estudos e pesquisa em psicologia.** Rio de Janeiro, v. 7 – No. 1, jun. 2007.

Oliveira, A. P. G. E. e Milnitsky-Sapiro, C. Políticas públicas para adolescentes em vulnerabilidade social: abrigo e provisoriedade. **Psicologia ciência e profissão**. Brasília, v. 27 - No. 4, dez. 2007.

Rozitchner, M. E. e Antar, C.E. Transmisión em La família. **Conferencias del primer Congresso Argentino del Psicoanalisis de Família y Pareja.** Buenos Aires, 6-9 mayo de 1997.

CASAMENTO CONTEMPORÂNEO: NOVOS VALORES, NOVOS CONFLITOS

Carla Pontes Donnamaria[84]
Antonios Terzis[85]

RESUMO

Neste trabalho propomos uma análise sobre o casamento contemporâneo, notoriamente marcado pela diversidade e pela liberdade de escolha, em repercussões que contrastam com a herança transgeracional, na manifestação de inéditos conflitos.

O cenário social contemporâneo é notoriamente marcado pela diversidade no que diz respeito às configurações conjugais e familiares. Casais sem filhos por opção, casais que optam por morar em casas separadas, casais homoafetivos com filhos biológicos ou adotivos e casais recasados são exemplos dessa diversidade (RIOS, 2007; OSÓRIO, 2010). Mas é preciso notar que o chamado modelo tradicional de casal, heterossexual e com projeto de constituição de família, que persiste em meio à atual diversidade, também se torna diverso quando comparado às últimas ou penúltimas gerações, quando havia uma demarcação predefinida e muito clara do que era ser marido e do que ser esposa. Ele, provedor do lar; ela, dona de casa (VAITSMAN, 1994).

Hoje, dentre os resultados dos movimentos de transformação da sociedade, ao invés da eleição a um modelo ideal de casamento, ou a um ideal de parceiro, preconiza-se a liberdade de escolha. Porém, não uma liberdade plena. É como se a sociedade dissesse: “você está livre para escolher, desde que prove que é feliz com a sua escolha”. Ou como diz Rossi (2003, p. 91): “a liberdade de expressar a própria subjetividade, de realizar os próprios desejos

[84] Psicóloga, Mestre e Doutoranda em Psicologia como Profissão e Ciência pela PUC-Campinas. E-mail: carlapd@uol.com.br

[85] Professor Doutor do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da PUC-Campinas.

nas suas mais peculiares manifestações tornou-se um dever a ser cumprido pelos cidadãos".

Isso não quer dizer que houve uma mudança no propósito mais íntimo dos casais, ou sequer do indivíduo. Freud (1930/1996, p. 84) já havia registrado que "o que eles [os homens] pedem da vida e o que desejam nela realizar? (...) Esforçam-se para obter felicidade; querem ser felizes e assim permanecer".

É que agora, ao invés de regras rígidas e fixas, através das quais a sociedade regulamentava a vida afetivo-sexual, "o que há são projetos ou perspectivas individuais orientados, sobretudo, para o bem-estar e o prazer próprios alcançados, preferencialmente, em curto prazo" (CHAVES, 2004, p. 197). A intolerância à frustração que daí resulta pode ser vista na manifestação de relacionamentos frágeis e voláteis (BAUMAN, 2004).

Entretanto, este quadro explica apenas a dimensão transpsíquica da questão, que diz respeito à relação do indivíduo com seu macrocontexto social. É preciso que identifiquemos também o que ocorre às dimensões intrapsíquicas e interpsíquicas dos casais, a partir das transformações de sua relação com a sociedade. Afinal, como afirmam Gomes e Levy (2010) "a conjugalidade é estabelecida numa teia geracional, carregada de memórias transgeracionais" (p. 19). É por isto que os cônjuges da atualidade às vezes se veem no confronto entre a expectativa social de indivíduos realizados em seus projetos mais individuais e as inscrições psíquicas que nortearam a conduta da geração anterior, quando tudo o que se esperava dos casais era que eles se adaptassem ao formato de conjugalidade de sua época, onde tudo o que a sociedade esperava dos casais era que eles assumissem o papel predefinido de ser marido e de ser esposa.

Isso nos conduz ao conceito de "matriz inconsciente" proposto por Puget e Berenstein (1993), na qual são situadas as diferenças dos sexos e os lugares a que cada cônjuge deveria ocupar. Daí muitas vezes o conflito entre o desejo por um novo modelo de conjugalidade e as inscrições psíquicas que norteavam a conduta dos casais das últimas gerações, conflito este muitas vezes expresso em sentimentos de culpa ao deixar de ocupar alguns dos papéis que eram, até a última ou penúltima geração, ainda bastante demarcados.

A fim de melhor compreendermos esse movimento do casal contemporâneo (melhor dizendo, dos casais contemporâneos) e os possíveis conflitos daí decorrentes, podemos aproveitar da proposta de Puget e Berenstein (1993) no que diz respeito aos parâmetros definitórios do casal, que haviam sido originalmente descritos sob o intuito de identificar as possíveis tipologias do par conjugal, e que, dentro do cenário contemporâneo, observamos preservado no seu valor enquanto referencial para se pensar o casal, em sua dinâmica e variabilidade, ainda que não mais no sentido de se definir "normalidade" ou patologia (DONNAMARIA, NASCIMENTO e TERZIS, 2010).

O primeiro desses parâmetros é a *cotidianidade*, refletida numa estabilidade temporal-espacial, caracterizada pelos intercâmbios diários, organizando o ritmo de encontros e não-encontros do casal. Dizem os autores:

> A estabilidade no vínculo pode ser semantizada de diferentes maneiras: como *vida* [itálico dos autores], equivalente ao predomínio de Eros, se ao longo da complexificação da identidade, o ritmo de estabilidade foi um sustentáculo para a possibilidade do crescimento e a abordagem de situações novas. Mas também pode se impregnar de Tanatos e transformar-se em um equivalente de *morte* [itálico dos autores], estabilidade cerceante, que no casal é registrada como tédio, aborrecimento (p. 7).

Este é também o primeiro parâmetro afetado pelas transformações dos valores da sociedade. Torna-se tolerável que um casal viva sem o necessário compartilhamento cotidiano de um espaço-temporal, no sentido de residirem sob o mesmo teto, ou de conviverem mais à distância do que no compartilhamento de um mesmo espaço físico. Torna-se tolerável à sociedade, e efetivo à vida de muitos casais, sem necessariamente repercutir em conflito, e às vezes realizado até mesmo por opção. Mas é preciso cuidado antes de pensarmos que se trataria de uma tendência a um novo paradigma.

Vou aproveitar do exemplo da experiência vivida por um dos casais participantes da minha pesquisa de Mestrado, cujos vínculos originaram-se dos relacionamentos mediados pela Internet, e que no início do relacionamento

virtual encontravam-se separados no espaço geográfico pela distância de seiscentos quilômetros.

O que ocorreu a este casal foi que após quase dois anos de relacionamento, já então transformado em namoro, com alguns poucos encontros presenciais e com muitas horas de namoro virtual, despertou-se o desejo de transformar a relação em casamento e ao mesmo tempo a angústia frente à ideia de persistirem numa vida a dois à distância, em função da carreira profissional que cada um havia conquistado. Até que um deles conseguisse, então, um novo trabalho na cidade do outro, segundo relataram, a angústia apenas se intensificou, a ponto de se tornar uma ameaça à continuidade do vínculo. Ou seja, enquanto alguns casais optam por uma cotidianidade menos demarcada, outros a mantém como uma das condições de sustentação do vínculo.

O segundo parâmetro é do *projeto vital compartilhado*, refletido na união do casal em torno de realizações futuras. O primeiro projeto do casal seria, então, a definição de um espaço-tempo vincular.

Outro importante projeto, apontado como paradigmático por Puget e Berenstein (1993), recai sobre a criação dos filhos. Já no mundo contemporâneo, casais assumem não tê-los e não desejá-los, ou desprivilegiam sua vinda em prol de outros projetos de vida (RIOS, 2007). Por outro lado, também podemos encontrar casais que, pressionados pela nova ordem da felicidade individual, adiam um genuíno projeto parental até a proximidade do fim do ciclo reprodutivo, tendo mais tarde por vezes que recorrer à medicina reprodutiva para sua tentativa de efetivação, que em inúmeros casos, além de não atingir o objetivo esperado, conclui com o comprometimento do vínculo conjugal (NASCIMENTO, 2009).

O terceiro parâmetro recai diz respeito às *relações sexuais*. Num mundo onde a reprodução humana deixa de significar necessária relação sexual, a sexualidade, que já não estaria mais reduzida ao encontro físico e genital (OSÓRIO, 2010), pode surgir de forma ainda mais independente dos objetivos da fecundação do que já se observou acontecer quando da introdução da pílula contraceptiva. Mas isto também não significaria a confirmação de um novo paradigma, ainda que encontremos casais que dissociem por completo o contato genital do exercício de sua sexualidade.

O quarto parâmetro, a *tendência monogâmica*, que pressupõe o relacionamento com um só cônjuge, em conotação de preferência, também é colocado à prova. Parece que a sociedade de hoje teria se tornado mais tolerante à traição, mas ainda não se poderia dizer que a sociedade ocidental estaria se tornando poligâmica.

E agora pensando no aspecto da escolha do parceiro, poderíamos perguntar: o que leva um casal, no mundo contemporâneo, tão instável, tão estimulante à individualidade, a unir-se em matrimônio? E por que não bastam características objetivas apreciáveis (beleza, caráter etc) para que seja despertado o desejo da formalização de uma união estável?

Spivacow (2005) diz que para um casal se encaminhar para uma forma de relação institucionalizada, pesa fortemente a contribuição que o outro significa para o equilíbrio pessoal e para a organização defensiva do eu (no sentido de não convocar os aspectos da personalidade que a organização defensiva necessitou excluir), à diferença do que ocorre nos relacionamentos transitórios. Ou seja, “escolhe-se”, inconscientemente, no parceiro, aquelas características que não despertariam a pulsão destrutiva para o eu e ainda aquelas que contribuiriam para reprimi-las melhor.

Com isto, poderíamos dizer que não teríamos, na atualidade, uma plena divisão entre velhos e novos paradigmas. O que há é uma inédita oportunidade de experimentação, por vezes geradora de ansiedade ou de sentimentos de culpa, por motivos porventura pouco compreendidos, ou mesmo inconscientes.

Acreditamos que a conscientização deste processo poderá colaborar para que os cônjuges que por ventura vivam estes conflitos possam se colocar menos vítimas de seu próprio imaginário, e em condições de melhor aproveitamento do real prazer de suas relações.

REFERÊNCIAS

BAUMAN, Z. **Amor líquido:** sobre a fragilidade dos laços humanos. Rio de Janeiro: Zahar, 2004.

CHAVES, J.C. **Contextuais e Pragmáticos:** os relacionamentos amorosos na pós-modernidade. Tese de Doutorado. Instituto de Psicologia. Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2004.

DONNAMARIA, C.P. **Do vínculo virtual ao conjugal:** um estudo psicológico. Dissertação de Mestrado. Centro de Ciências da Vida, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, 2008.

DONNAMARIA, C.P.; NASCIMENTO, R.M.; TERZIS, A. Vínculos conjugais na contemporaneidade: Revisitando parâmetros definitórios. **Vínculo**, Vol. 1, n. 7, pp. 01-11, 2010.

FREUD, S. **O mal-estar na civilização***.* In Edição Standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud: Vol. 15, Rio de Janeiro, 1996. (Originalmente publicado em 1930).

GOMES, I.C.; LEVY, L. Indicações para uma terapia de casal. **Vínculo**, Vol.1, n. 7, pp. 13-21, 2010.

NASCIMENTO, F. R.M. (2009). **Adiamento do projeto parental:** um estudo psicológico com casais que enfrentam a esterilidade. Dissertação de Mestrado. Centro de Ciências da Vida, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, 2009.

OSÓRIO, L.C. Mudanças de paradigma na sexualidade humana e suas repercussões na família contemporânea. In: TERZIS, A. et al. (2010). **Psicanálise Aplicada na América Latina:** Novos contextos grupais. São Paulo: Via Lettera, 2010, PP. 19-27.

PUGET, J. e BERENSTEIN, I. **A psicanálise do Casal***.* São Paulo: Artes Médicas, 1993.

RIOS, M. G. **Casais sem filhos por opção:** Análise psicanalítica através de entrevistas e TAT. Dissertação (Mestrado). Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

ROSSI, C. Os novos vínculos conjugais: vicissitudes e contradições. In: GOMES, P. B. (Org). **Vínculos amorosos contemporâneos:** Psicodinâmica das novas estruturas familiares. São Paulo: Callis, 2003, pp. 77-108.

Spivacow, M.A. **Clínica psicoanalítica con parejas:** Entre la teoría y la intervención. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2005.

Vaitsman, J. **Flexíveis e plurais:** identidade, casamento e família em circunstâncias pós-modernas. Rio de Janeiro: Rocco, 1994.

PRÁTICAS EM PSICOLOGIA HOSPITALAR: DIAGNÓSTICO INSTITUCIONAL

Cíntia Garbin[86],

Elenita Sureke Abílio[87],

Antonio Augusto Pinto Junior[88],

Bruna Paes de Barros[89]

RESUMO

Para inserção do profissional psicólogo em qualquer contexto, o mesmo deverá conhecer os elementos institucionais que são indispensáveis para a estruturação do serviço de psicologia. Falando sobre o contexto hospitalar, é importante conhecer aspectos como: o percurso histórico, a missão e os valores institucionais, a relação com a comunidade e o impacto social no contexto que está inserido. Contudo, deve voltar-se para questões inerentes ao trabalho, a dinâmica das relações inter e intrapessoais, as relações de poder existentes e o seu próprio manejo. Na instituição interessa-nos "como totalidade; podemos nos ocupar de uma parte dela, mas sempre em função da totalidade" (BLEGER, p.39, 1984).

No que se refere à postura profissional Bleger coloca que "[...] não se pode ser psicólogo se não se é, ao mesmo tempo, um investigador dos fenômenos que se querem modificar e não se pode ser investigador se não se extraem os problemas da própria prática e da realidade social que se está vivendo em um dado momento [...]" (p.33, 1984). O diagnóstico institucional propicia uma

[86] Psicóloga Residente Multiprofissional em Saúde do HU/UFGD. ccgarbin@yahoo.com.br
[87] Psicóloga Preceptora da Residência Multiprofissional em Saúde do HU/UFGD.
[88] Psicólogo, Docente da Universidade Federal da Grande Dourados e Tutor da Residência Multiprofissional em Saúde do HU/UFGD.
[89] Psicóloga, Tutora da Residência Multiprofissional em Saúde do HU/UFGD.

análise criteriosa desses fenômenos circundantes, fornecendo ainda elementos de reflexão, envolvimento e compromisso para práticas futuras.

A prática não deve preceder a análise institucional. Investigar as demandas existentes e as possibilidades de atuação favorecerá não só ir ao encontro das necessidades institucionais como o próprio desenvolvimento profissional e a segurança para uma atuação eficaz.

Palavras chave: Diagnóstico Institucional, Análise Institucional, Psicologia Hospitalar.

O termo Instituição é entendido como um sistema de normas e regras que produzem a vida dos indivíduos, atravessando todos os níveis dos agrupamentos humanos e fazendo parte de sua estrutura. Oferecer visibilidade ao processo de constituição de uma realidade é afirmar que as instituições são produzidas por lutas transversais, isto é, lutas cotidianas, nos múltiplos espaços de vida, não localizadas, portanto, em nenhum ponto específico (VASCONCELOS, 2010). A análise institucional visa produzir intervenção em nossa existência cotidiana, em nossas práticas, produzindo transformações em nossos modos subjetivos.

Para inserção do profissional psicólogo em qualquer contexto, o mesmo deverá conhecer os elementos institucionais que são indispensáveis para a estruturação do serviço de psicologia. Falando sobre o contexto hospitalar, é importante conhecer aspectos como: o percurso histórico, a missão e os valores institucionais, a relação com a comunidade e o impacto social no contexto que está inserido. Contudo, deve voltar-se para questões inerentes ao trabalho, a dinâmica das relações inter e intrapessoais, as relações de poder existentes e o seu próprio manejo. Na instituição interessa-nos “como totalidade; podemos nos ocupar de uma parte dela, mas sempre em função da totalidade” (BLEGER, p.39, 1984).

O diagnóstico institucional intenciona obter um panorama da situação vivenciada naquele contexto, aspectos históricos, constitutivos, estruturais,

problemas e potenciais organizacionais, vínculos existentes, relações de poder e aspectos psicológicos.

Segundo Bleger (1984) :“Por psicologia das instituições se entende o estudo dos fatores psicológicos que se acham em jogo na instituição, pelo mero fato de que nela participam seres humanos e pelo fato da mediação imprescindível do ser humano para que ditas instituições existam” (BLEGER, 1984, p.55).

No que se refere à postura profissional Bleger coloca que “[...] não se pode ser psicólogo se não se é, ao mesmo tempo, um investigador dos fenômenos que se querem modificar e não se pode ser investigador se não se extraem os problemas da própria prática e da realidade social que se está vivendo em um dado momento [...]” (p.33, 1984). O diagnóstico institucional propicia uma análise criteriosa desses fenômenos circundantes, fornecendo ainda elementos de reflexão, envolvimento e compromisso para práticas futuras.

Dentro da análise institucional, os elementos podem ser divididos em dois momentos, a estrutura estática da instituição, refere-se a sua estrutura física arquitetônica, deverá detalhar as unidades de funcionamento para dar-se conta de abrangência de cada serviço ofertado. De todo modo, a descrição dos elementos pertencentes ao espaço físico poderá ser pormenorizada de modo a subsidiar a análise da estrutura dinâmica, e é neste momento que devemos concentrar os esforços na compreensão deste espaço de devires. “[...] é por meio da análise da estrutura dinâmica que os aspectos inerentes ao relacionamento dos profissionais que atuam na instituição tornam-se claros e precisos” (ANGERAMI, 2009, p.23).

Pensando em uma instituição, como hospital, estes aspectos relacionais dos profissionais, são muito mais evidentes e manifestos, as dificuldades se multiplicam pelo “entrecruzamento das práticas sociais em questão, pelas superposições de lugares instituídos, pelo jogo de forças e de dominância das instituições que atravessam um aparentemente simples atendimento” (GUIRADO, 2005, p.24).

No decorrer da atividade alguns aspectos devem ser ressaltados na busca dos dados para a elaboração do diagnóstico institucional: abordar os tipo de hospital de atuação e o percurso histórico da instituição, a interação com a comunidade, estabelecimento de vínculos dos mais diferentes profissionais inseridos neste contexto, a qualidade nos relacionamentos profissionais, a interação da equipe médica e com os demais profissionais de saúde, o trajeto hospitalar do paciente e caracterização desse público e das patologias, os critérios de hospitalização, alta e visitas, a análise das esperas interacionais médico-paciente, paciente-hospital e paciente-equipe de saúde e finalmente as expectativas e perspectivas do desenvolvimento do serviço de psicologia dentro da instituição hospitalar.

As esferas interacionais, médico-paciente, paciente-hospital e paciente-equipe de saúde, constituem um importante aspecto da estrutura relacional vivenciados pelos pessoas que ali trabalham. Pode-se perceber com grande facilidade as relações de poder estabelecidas. É inegável que o vínculo médico-paciente é de vital importância dentro da unidade hospitalar, e na figura do médico que o paciente impreterivelmente manifesta as expectativas de diagnóstico e cura. Embora por vezes nos deparamos com uma equipe médica ainda muito ligada a objetivação do paciente, como a sua única relação se trata com órgão, aparelho, corpo doente.

A doença é tratada como se não pertencesse ao doente, algo como se fosse apartado daquele que fala e possui sentidos, significados e desejos, havendo uma negligência do paciente no processo de cura, ao invés de “entender a importância da participação de cada pessoa enferma no processo de reabilitação e reconquista de sua própria saúde.” (MARTINS, 2004, p. 31).

Conforme Vasconcelos (2010), os corpos são tomados como objetos, são mexidos e recortados, pois a finalidade do saber médico não é o sujeito e sua história, mas a parte doente, seu braço, seu estômago, por exemplo, enquanto investigada. Estes corpos são desapropriados de opinarem sobre suas problemáticas de forma singular, seus discursos são desconsiderados, já que os olhares estão voltados para a parte do corpo que interessa aos saberes. É uma prática que subjuga os corpos, que menospreza o sofrido processo de

adoecer, que está interessada em dominar os corpos, torná-los impotentes. O processo de objetivação reduz o sujeito em suas possibilidades de produção de vida.

Os profissionais da medicina preocupam-se exclusivamente com a doença em si, objetivando o paciente como mero coadjuvante no atendimento, focaliza-se na doença e não de forma integral na atenção. Isso fica evidente na relação de ensino-aprendizagem entre especialistas e acadêmicos de medicina e na atenção dos médicos especialistas em suas visitas aos pacientes.

A questão médico-paciente deve ser enfatizada, pois, sendo completa, pode ser apenas uma relação técnica, na qual o médico aceita ser visto como onipotente. Pode também ser uma relação de autoridade, encobrindo falhas e impedindo um relacionamento mais humano (CAMPOS, 1995, p. 30).

Os recursos utilizados vão de observações, conversas informais com os servidores/funcionários de diferentes setores e com pacientes/clientes internados/atendidos no hospital, acompanhantes, pessoas da comunidade, análise documental e de registros. A partir da coleta de dados será possível confirmar algumas demandas sugeridas pelos próprios servidores e bem como identificar outras situações, como a própria indagação das práticas hospitalares, onde as práticas e discursos buscam normatizar os indivíduos.

Durante esta prática será possível uma reflexão sobre as práticas e discursos que permeiam nas instituições hospitalares, que ainda avivam épocas anteriores, o nascimento da Instituição Hospital descrito por Foucault (1979), e produção de novas vidas e novos olhares no âmbito hospitalar. Nos hospitais existem níveis, visíveis e invisíveis, constituídos por práticas, poderes e saberes (VASCONCELOS, 2010).

A prática não deve preceder a análise institucional. Investigar as demandas existentes e as possibilidades de atuação favorecerá não só ir ao encontro das necessidades institucionais como o próprio desenvolvimento profissional e a segurança para uma atuação eficaz.

“[...] as máquinas podem ser as mesmas: uma instituição pública e seus rituais, a psicologia, a psiquiatria e o serviço social e suas entrevistas. O

diferencial está na lente. Uma lente que, ao menos supomos nós, remontou uma imagem de contornos mais definidos" (GUIRADO, 1995, p. 141).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANGERAMI – CAMON, Valdemar Augusto. **Tendências em Psicologia Hospitalar.** 1ª reimpr. 1ªed., São Paulo, SP: Cengage Learning, 2009.

BLEGER, José. **Psico-higiene e psicologia institucional.** Posto Alegre, Artes Médicas, 1984.

CAMPOS, Terezinha Calil Padis. **Psicologia hospitalar**: a atuação do psicólogo em hospitais. São Paulo: EPU, 1995.

FOUCAULT, Michel. O nascimento do Hospital. In: **Microfísica do Poder.** Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

GUIRADO, Marlene. **Psicanálise e análise do discurso**: matrizes institucionais do sujeito psíquico. São Paulo: Summus, 1995.

GUIRADO, Marlene. O caso de psicodiagnóstico: um estudo institucional. **Psicologia USP**, vol. 16 no 4, p. 11-32, 2005.

MARTINS, A. Biopolítica: O Poder Médico e a Autonomia do Paciente em uma Nova Concepção de Saúde. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v.8, n.14, p.21-32, set.2003-fev-2004.

VASCONCELOS, C. M. et al. **Uma Análise Institucional das Práticas Hospitalares.** Anais da I Jornada de Análise Institucuinal. Disponível em: <http://www.petpsicologiaufes.com/anaisdajornada/trabalhos/uma%20analise%20institucional%20da%20praticas%20hospitalares.pdf>. Acesso em: 11/out/ 2010.

GRUPO COM FAMILIARES E PACIENTES: RELATO DE EXPERIÊNCIA MULTIPROFISSIONAL

Jupira Carvalho da Silva [90];

Danielle Antonelli Cardia [91]

Heloisa da Silva Barboza [92]

Urias Roberto da Silva [93]

José Osvaldo Machado [94]

Resumo

O presente trabalho descreve a experiência da construção de um grupo de atividades com pacientes em ambiente de internação em enfermaria psiquiátrica e seus familiares. Relata o processo de construção desse grupo que tem como objetivo estimular a comunicação, reflexão, identificação de potencialidades e a troca de impressões acerca dos sentimentos e laços de afeto, por vezes abalados pelo adoecimento. Ilustraremos com o relato da participação de quatro pacientes e seus familiares, suas manifestações, as dificuldades e as contribuições que essa experiência trouxe no atendimento a essas famílias.

Palavras-chave: terapia ocupacional; psicologia; família; grupo de atividades; internação psiquiátrica.

Introdução

[90] Terapeuta Ocupacional e Membro da Comissão de Projetos Sociais da ACSC Pólo de Atenção Intensiva em Saúde Mental da Zona Norte.

[91] Psicólogae Membro da Comissão de Projetos Sociais da ACSC Pólo de Atenção Intensiva em Saúde Mental da Zona Norte

[92] Assistente Social e Membro da Comissão de Projetos Sociais da ACSC Pólo de Atenção Intensiva em Saúde Mental da Zona Norte.

[93] Médico Psiquiatra da ACSC Pólo de Atenção Intensiva em Saúde Mental da Zona Norte.

[94] Enfermeiro da Unidade de Internação da ACSC Pólo de Atenção Intensiva em Saúde Mental da Zona Norte.

O Pólo de Atenção Intensiva em Saúde Mental (P.A.I. – ZN) é uma parceria da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo com a Associação Congregação Santa Catarina e está situado dentro do complexo hospitalar do Mandaqui na cidade de São Paulo. O projeto é o primeiro a ser implantado no Brasil e tem suas ações baseadas nos moldes e diretrizes do SUS. Dentre elas a universalização, integralidade e equidade dos cuidados. A internação se dá a pacientes em situação de crise, tendo como meta que essa internação seja mais breve possível, segundo as necessidades do paciente.

No setor de internação contamos com 30 leitos mistos. As equipes são compostas de Assistente Social, Clínico Geral, Educador Físico, Equipe de enfermagem, Nutricionista, Psicóloga, Médico Psiquiatra e Terapeuta Ocupacional. As mini equipes são limitadas a dez pacientes, o que melhora a qualidade de atendimento, garante equidade e integralidade do mesmo.

Compreende-se ainda, por brevidade o tempo necessário que o paciente apresente para retornar ao convívio familiar, dividindo com os mesmos os cuidados e responsabilidades, seu comprometimento com o tratamento ambulatorial ou recursos que a comunidade disponha para melhor atendê-lo.

O envolvimento da família no processo auxilia na aderência ao tratamento, na construção da crítica, diminuindo tempo de internação do paciente. Felício e Almeida (2008) relatam que o envolvimento familiar é um dos fatores centrais para que as metas estabelecidas durante o período de internação sejam duradouras e que a tanto a terapêutica medicamentosa quanto outras intervenções psicossociais não dariam conta do stress de uma reinternação.

As equipes do P.A.I. fazem do atendimento familiar uma de suas ações. O acolhimento, a orientação e a parceria estabelecida auxiliam a compartilhar responsabilidades e faz deles aliados nesse processo. Esse movimento tem auxiliado tanto na adesão ao tratamento por parte dos pacientes, quanto na melhora da relação familiar por vezes abalada pela desinformação e pelo preconceito.

Em alguns casos, um tanto específico, essas ações se mostraram insuficientes para a melhora nos relacionamentos. A dinâmica familiar estabelecida após diversos episódios de agressividade e a descrença no tratamento os tornou resistentes à tentativa de retomar os vínculos familiares.

As situações de conflito e desesperança que o adoecimento proporciona levam o paciente a vivenciar o lugar de doente, incapaz, estorvo, desordeiro e por vezes é simplesmente algo a mais dentro do ambiente, sem representação.

Diante desses e outros desafios a equipe multidisciplinar inicia uma busca na intenção de diminuir os espaços lacunares vividos nas relações familiares, de alguns dos pacientes atendidos por nós.

Surge então a idéia de um grupo onde familiar e paciente pudessem compartilhar do mesmo setting. A equipe os auxiliaria a identificar classificar e nomear potencialidades, tirando do foco os aspectos negativos e colocando paciente e familiar em pé de igualdade, numa relação horizontal em ambiente seguro.

Maximino (2001) nos auxilia a pensar na constituição desse espaço grupal, e numa citação de Pichon Riviére diz que a definição de grupo não está ligada apenas a um número de pessoas num mesmo espaço físico, mas que deve haver dentro dos envolvidos uma representação interna de grupo. Coloca ainda que:

> A construção de uma representação interna de grupo implica a possibilidade de reconhecer uma gestalt, reconhecer uma unidade imaginária, onde na realidade existem partes. Implica reconhecer aquele conjunto de pessoas como um recorte, discriminar um dentro e um fora (do grupo), e ainda perceber-se como um, mas também como parte desta unidade maior. (Maximino, 2001, p.20).

Sabemos ainda, que para alguns dos pacientes atendidos por nós, essa é uma tarefa um tanto difícil. Maximino (2001) nos lembra que para o paciente psicótico é como se esse espaço interno onde essa nova representação pudesse se ligar não existisse. Pensando nisso, a presença do familiar e a relação vincular de ambos poderia ou pode servir como “empréstimo” para essa representação? Podemos afirmar apenas que seria essa uma experiência nova e aberta a descobertas, tanto para familiares e pacientes quanto para os profissionais envolvidos.

Benetton (1994) refere que “a terapia ocupacional se apresentaria como um recurso capaz de analisar, orientar e conduzir ações introdutoras e promotoras de mudanças em contextos desfavoráveis”.

Os estudos encontrados descrevem dois tipos de intervenção familiar como estratégia de atenção em organizações de Saúde Mental. A individual quando apenas uma família é atendida e a grupal quando diversas famílias são atendidas no mesmo espaço terapêutico.

Objetivo

Proporcionar um espaço de vivência saudável entre pacientes e familiares a fim de identificar, nomear e estimular as potencialidades individuais que propiciem novas formas de relacionamento no contexto familiar.

Método

O grupo descrito foi realizado no primeiro semestre de 2010, no período da tarde, após o horário de visitas, com uma hora e meia de duração.

Inicialmente foi pedido que cada participante desenhasse a si mesmo numa folha de papel em branco e escrevesse três características em si mesmo que gostava e três características que não gostava.

A seguir cada um expuseram sua produção, descrevendo suas características e enquanto isso uma das terapeutas escreveu num quadro apenas as características descritas como positivas.

Na seqüência os participantes elegeramm uma das qualidades descritas no quadro e atribuiram-na a um de seus familiares presente no grupo.

Compuseram o grupo uma assistente social, um enfermeiro, uma psicóloga e uma terapeuta ocupacional. Na execução das atividades todos os participantes cumpriram a tarefa, colocando assim os participantes em pé de igualdade, e apesar da condução do grupo ser realizada pela terapeuta ocupacional e pela psicóloga, tal postura evitou que familiares se sentissem observados, avaliados ou qualquer desconforto, propiciando um espaço de confiança.

Conhecendo os participantes

Participaram do grupo os pacientes M, 36 anos, AM 21 anos, A., 18 anos, ES 60 anos.

M., 36 anos do gênero masculino é solteiro e reside com os pais e com uma irmã e tem, ainda, um irmão casado que reside próximo. Sofreu sua primeira internação por queixa de inúmeros episódios de agressividade verbal seguidos de agressão física para com membros da família, em especial os irmãos. O espaço de circulação estava restrito ao lar há mais de um ano; seu contato com membros da família estava vinculado à busca de alimentação. A relação familiar estaria desgastada, principalmente com a irmã caçula que evitava M. por medo. Familiares descreveram a presença de solilóquios e persecutoriedade com vizinhos.

Na entrevista, há relatos de maus tratos sofridos por M. na infância, pai alcoolista e que M. teria assumido parte dos cuidados com os irmãos menores. Por diversas vezes os irmãos referem que M. agia como se fosse pai deles, impondo sua vontade através da força, mesmo sendo os irmãos já adultos.

AM 21 anos, do gênero masculino é solteiro e reside com os pais e duas irmãs. Apresenta quadro psicótico induzido por uso de substâncias. Em entrevista compareceu apenas o pai. AM é filho caçula de uma prole de três e único homem. Pai refere que nos últimos meses AM ficou mais agressivo, apresentou episódios de confusão mental. AM já teria passado por serviço de Pronto Atendimento Psiquiátrico e encaminhado a serviço ambulatorial para tratamento, porém, não teria dado continuidade. O pai ressalta o tempo todo que agora tomaria as rédeas do tratamento do filho.

A., 19 anos do gênero masculino é solteiro e filho único, reside com os pais. Recém admitido, em sua segunda internação em nosso serviço, parou o uso da medicação por conta própria e apresentou confusão mental, agressividade e recusa em continuar tratamento. Fazia acompanhamento em um Centro de Atenção Psicossocial da Infância e Juventude (CAPSIJ) anteriormente.

ES, 59 anos do gênero feminino é casada e reside com o esposo. Trabalha como comerciante. Apresenta alteração de comportamento há aproximadamente um ano; fazia tratamento ambulatorial e uso de medicação. Parou o uso da medicação por conta própria. Internada em nosso serviço com alteração de comportamento, desorganizada, delirante e persecutória com a filha.

Realização do Grupo

Comparecem ao grupo M. e sua mãe, AM com seus pais e irmã mais velha, A. com sua mãe e ES com sua filha.

Todos desenham sua auto-imagem numa folha em branco. A. estava muito desorganizado e transferiu parte de seu conteúdo delirante para o papel em forma de desenho.

E. teve dificuldade em apontar suas características positivas e necessitou do auxílio da psicóloga.

Enquanto os participantes descreviam suas características, a terapeuta foi mediando às relações, auxiliando na nomeação e anotando as características positivas no quadro.

Chegado momento de atribuir a um de seus familiares uma das características positivas, inicialmente com os participantes que compunham a equipe a fim de servir de exemplo. M. atribuiu mais de uma característica a mãe, sugerindo a ela o título de boa mãe, ilustrando com exemplos do cotidiano. A mãe de M. manteve uma postura rígida e em sua vez não conseguiu atribuir ao filho nenhuma das qualidades do quadro. Aauxiliada pela terapeuta e pela psicóloga, de forma discreta, aos poucos encontrou a palavra "inteligente", para atribuir ao filho. Referiu-se a M. sempre como "ele", e em nenhum momento o nomeou como filho.

Na vez de AM familiares apresentam dificuldades em atribuir características positivas ao pai. O pai de AM ocupava nesse momento o lugar de "bode expiatório" na dinâmica grupal, reproduzindo uma dinâmica já instaurada por eles anteriormente em suas relações. A mãe de AM demonstrou postura resistente e seus relatos vinham sempre com a necessidade de atribuir culpa ao pai pelos acontecimentos. A situação foi mediada o tempo todo pela psicóloga que auxiliou os familiares a integrarem melhor a proposta da atividade.

Na vez de A. o mesmo não conseguiu abandonar sua tarefa, que ainda era a produção de desenho que ilustrava seu conteúdo delirante. A mãe de A. falou da característica positiva de A, porém, A não teve a menor condição de falar sobre a mãe. A angústia dos participantes, diante disso, ficou evidente e a terapeuta sentiu necessidade de mediar a relação dos dois e pediu permissão para A. para que a mesma falasse de sua mãe e atribui a ela a característica de boa mãe, atenciosa por estar todos os dias ao lado do filho nos horários de visita, apesar da distância da residência que fica do outro lado da cidade.

E. teve dificuldades em falar da filha e foi auxiliada pela psicóloga. Atribui à filha qualidade através do relato de parte de sua história sobre a época em que adoeceu e reconheceu o quanto ela tem auxiliado e demonstrado gratidão.

Ao final todos expusseram seus sentimentos acerca do que foi dito no grupo. Os familiares falaram entre si sobre os pacientes e como chegaram ao serviço, trocando experiências. Apenas o pai de AM que solicitou sair da sala referindo compromissos de trabalho.

Logo após os membros da equipe se reuniram e discutiram as impressões que tiveram acerca do ocorrido no ambiente grupal. Foi definido que seria importante falar com os familiares de forma individualizada posteriormente, numa tentativa de resguardar a particularidade e a intimidade de cada uma delas.

Orientação familiar pós-grupo e desfecho

Familiares de M. compareceram para orientação. A equipe solicitou que a mãe compartilhasse com os demais como se deu a experiência grupal. Para surpresa da equipe a mãe não sabia dizer o que o filho havia dito sobre ela. Tal atitude confirmou a impressão que tínhamos, sobre a posição de resistência que a mãe mantinha com relação ao filho. O terapeuta relatou aos familiares sobre a atividade proposta no grupo e como se deu a dinâmica e a mãe ficou admirada ao assumir que realmente tinha dificuldades em relação ao filho. Admirou-se com o fato de o filho saber tanto da dinâmica familiar, uma vez que passa a maior parte do tempo no quarto. A equipe solicitou que os mesmos reflitissem sobre o ocorrido e agendou nova visita assistida, apenas entre os irmãos.

A entrevista assistida foi mediada pela psicóloga. A irmã de M. de inicio mostrou-se mais resistente ainda com medo do irmão. Terapeutas explicaram sobre a troca de papéis ocorridos no lar devido em parte à sua história de vida e orientaram sobre a doença que potencializou a agressividade de M. Em visita assistida, ambos os irmãos com auxilio da psicóloga romperam um silêncio de meses falando sobre os acontecimentos tidos como responsáveis pelo desarranjo familiar e estabeleceram entre si um acordo de paz, abraçaram-se e irmã de M. se emocionou e chorou.

M. seguiu em alta na mesma semana. Compareceu em consulta com a psicóloga no ambulatório de egressos na semana seguinte acompanhado pela mãe. M. relatou que foram a uma pizzaria no final de semana, o que, segundo ele não acontecia há anos. M. aderiu a tratamento ambulatorial na rede primária.

Na mesma data da realização do grupo foi dada orientação aos familiares de AM. Os familiares mantiveram o comportamento observado anteriormente no grupo, numa tentativa constante de atribuir culpa a alguém. Numa tentativa de explicar a hostilidade vinda do restante da família, o próprio pai de AM relatou que fez uso de maconha na adolescência e que agora era repreendido pela esposa quando tentava impor limites ao filho. A mãe manteve postura permissiva com relação ao consumo de drogas do filho.

A equipe convocou familiares para orientação de alta, mas apenas o pai compareceu. M. foi encaminhado para tratamento em Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSAD).

A. ficou internado ainda por aproximadamente um mês e a mãe foi orientada diversas vezes quanto à necessidade de A. continuar o tratamento. A mãe foi a única a comparecer ao serviço; o pai não compareceu. A. aparentemente impõe sua vontade à mãe que não conseguiu impor autoridade para que o mesmo siguisse o tratamento. A experiência vivenciada por ela no ambiente grupal auxiliou para que a mesma observasse o processo de melhora dos demais pacientes e auxiliou na compreensão de que seu filho necessitaria ainda de tratamento. No momento da alta A. foi encaminhado ao CAPS de sua região onde permanece até a data desse relato.

No caso de E., a interação entre mãe e filha durante o grupo confirma a impressão que equipe teve anteriormente na entrevista familiar. A filha relatou que foi gratificante ver que a mãe conseguira perceber o que estava acontecendo, demonstrando gratidão; refere que sentia preocupação com a relação das duas uma vez que ES teria ficado persecutória com a filha por ser ela quem tomara frente nos cuidados.

Considerações finais

O grupo no formato apresentado proporcionou espaço de experimentação, exposição de sentimentos, elaboração de sensações não verbais e troca de experiências entre familiares de pacientes nas mais diversas graduações de capacidade funcional. Ter a oportunidade de identificar e nomear qualidades aos participantes deu a eles a chance de ocupar outro lugar na dinâmica familiar que não apenas de doente, incapaz, alienado ou qualquer outra atribuição negativa anterior.

Os resultados obtidos demonstram que a experiência foi além de nossas expectativas, servindo de ferramenta para aprimoramento de nossas intervenções e um instrumento para intervenção familiar rica em possibilidades.

São muitos os questionamentos nascidos dessa experiência e fica clara a necessidade que a equipe tem em manter um espaço de diálogo constante. A troca de impressões, reflexões e angústias que a especificidade de cada profissional traz a essa discussão é uma oportunidade de aprendizado e aprimoramento profissional imprescindível para alcançar o objetivo central que é o atendimento humanizado e integral ao paciente.

Referências

BENETTON, M.J. **A Terapia ocupacional como instrumento nas ações de saúde mental**. Tese (Doutorado) – Programa de Pós Graduação em Saúde Mental da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Campinas, 1994.

MAXIMINO, V.S. **Grupos de atividades com pacientes psicóticos**. São José dos Campos: Univap ed, 2001.

FELÍCIO, J.L.; ALMEIDA, D.V. Abordagem terapêutica as famílias na reabilitação de pacientes internados em hospitais psiquiátricos: relato de experiência. **Revista O Mundo da Saúde**, SP. Abr/jun 32 (2). 248-253, 2008.

FERIGATO, S.H.; CAMPOS, R.T.O.; BALLARIN, M.L.G.S. O atendimento à crise em saúde mental: ampliando conceitos. **Revista de Psicologia da UNESP**, 6(1), 2007.

http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/LEI8080.pdf acesso em setembro de 2010.

BRINCAR COMO ELEMENTO FACILITADOR DO DESENVOLVIMENTO DE CRIANÇAS ABRIGADAS: UM PROJETO DE INTERVENÇÃO PSICÓLOGICA.

Giselle Bedani de Oliveira Dixon.

Neide Maria Ribeiro Fróis.

Antônio Augusto Pinto Junior.

Juliane Marcelly Santos Lourenço

(Estagiária de Psicologia)

Olimpio André dos Santos Monteiro (Estagiário de Psicologia).

Resumo

Os profissionais de psicologia e acadêmicos na área do Centro de Referência à Infância e Adolescência (CRIA), em atendimento a uma instituição abrigo para crianças em situação de risco do município de Guaratinguetá-SP", com o objetivo de auxiliar e orientar junto aos cuidadores a organização e desenvolvimento de atividades lúdicas, sem perda excessiva espontaneidade pessoal, elaboraram um Projeto que pretende facilitar a adaptação e convívio das crianças com o ambiente e a situação de abrigamento, por intermédio do brincar orientado, respeitando cada fase em que a criança se encontra e suas necessidades específicas.

Palavras-chaves:

Brincar, espontaneidade, casa transitória, cuidadores, crianças, orientação.

Introdução:

Em visita a uma instituição abrigo do município de Guaratimguetá/SP, para desenvolvimento de atividades em razão do dia das crianças,os profissionais do CRIA,observaram a necessidade de auxiliar,orientar e intervir junto aos cuidadores na organização e no desenvolvimento de atividades lúdicas (brincadeiras e jogos) de maneira espontânea.

Na realidade das crianças da instituição, provisoriamente retiradas do convívio familiar, e inseridas em um novo ambiente, o brincar pode auxiliar na adaptação e o convívio dos cuidadores e com as demais crianças da casa.

Winnicott coloca (1965) que o brincar é uma área intermediária de experimentação para o qual contribui a realidade externa e interna. Complementando, Setubal(1987) afirma que: "ao relacionar-se com conteúdos do passado e do presente através de sua participação no grupo de brincadeiras o indivíduo pode dar sentido ao seu mundo, ao existir nesse mundo." (pág.18).

Formulando e sintetizando a importância do brinquedo podemos dizer que o "trabalho está para o adulto assim como o brinquedo está para a criança" (LEBOVICI, 1985). .A presença do brinquedo ativo e espontâneo é sinal de saúde mental e sua ausência é um sintoma de doença física e/ou mental.

O modo como a criança brinca é o indicativo de como ela é, pois expressam os modos atuais de organização de sua personalidade e estruturação em relações de organizações mais tardias.

A criança que não brinca não se aventura em algo novo e desconhecido, mas por outro lado, brincando elas são capazes de arriscar-se em desafios novos, fantasiando, sonhando e revelando ter aceito o desafio do crescimento, a possibilidade de errar, de tentar progredir para a sua evolução.

"Brincar sempre foi e sempre será uma atividade espontânea e muito prazerosa acessível a todo o ser humano, de qualquer faixa etária, classe parcial ou condição econômica." (Maluf 2003)

Logo podemos dizer que brincar é uma necessidade interior tanto da criança quanto do adulto, por conseguinte a necessidade de brincar é inerente ao desenvolvimento humano.

Contudo, tendo como base a Psicologia do Desenvolvimento (Pappalia e Olds, 2000), em cada fase a criança tem necessidades específicas e desta forma a escolha das brincadeiras deve respeitar o seu desenvolvimento e aquisição de determinadas funções específicas do momento específico de vida, como exemplificamos a seguir:

De 0 a 24 meses

É o período sensório-motor, quando ocorrem grandes explorações e enormes descobertas. Neste estágio os brinquedos facilitarão a evolução motora. É importante oferecer às crianças os mais diferentes estímulos auditivos e visuais, mudando os brinquedos de posição para que a criança perceba diferentes estímulos.

Brinquedos adequados:

- Móbiles colocados ao alcance da criança;
- Chocalhos pequenos;
- Brinquedos para morder;
- Bichinhos de vinil.

Dos 8 aos 12 meses

Acontece um grande desenvolvimento psicomotor, amplia-se o campo de ação da criança, pois ela já senta e se locomove mais facilmente. Adora manipular objetos, pôr, tirar, empilhar, enfim, imita gestos e sons e é capaz de antecipar o resultado de algumas ações. Gosta dos brinquedos pedagógicos porque oferecem oportunidade de manipulação. Também manifesta grande interesse por brinquedos de apertar botões, saltar peças ou abrir portas.

Brinquedos adequados:

- Brinquedos de puxar e de empurrar;
- Livros de pano;
- Argolas de plástico para encaixar;
- Caixa de música;
- Bonecas de pano;
- Peças para encaixar umas nas outras;

Dos 18 aos 24 meses

A criança começa a internalizar ações realizadas e passa lembrar-se de pessoas e coisas. Sua memória já está ativa, desenvolve capacidade de imitar e inicia assim o processo de representação mental que irá subsidiar o surgimento da brincadeira simbólica, o jogo de faz-de-conta que se estabelecerá na próxima fase.

Brinquedos adequados:

- Carrinhos ou outros brinquedos de puxar e emputrar;
- Blocos para construção;
- Brinquedos de desmontar (grandes);
- Bolas.

Aos 2 anos

- Gosta de estar com outras crianças, mas ainda não brinca junto. Cada criança fará a sua atividade, podendo ou não uma imitar a outra;
- Briga facilmente e disputa brinquedos;
- Não gosta de emprestar seus brinquedos;

Aos 3 anos

- Começa a conhecer e reconhecer formas;
- Tenta registrar seus pensamentos em desenhos;
- Imita os adultos em seus afazeres;
- Se poder de imaginação vai aumentando gradativamente.

Aos 4 anos

- Os desenhos são mais completos e elaborados;
- A linguagem verbal é bem desenvolvida; quer saber de tudo: nomes características, funcionamento. Gosta de livros, procura reconhecer figuras que estão no mesmo.
- Brinca de forma cooperativa.
- Gostam de usar fantasias como Super-homem, Mulher Maravilha, Barbie, Batman e outras.

O faz-de-conta é a realidade durante a brincadeira. A fantasia (roupa que caracteriza personagens da brincadeira) só vai ser uma fantasia quando ela for tirada e guardada.

Aos 5 anos

- Conhece todas as cores;
- Começa a aceitar regras das brincadeiras, procura seguí-las, mas pode trapacear para não perder;
- O menino gosta de brincar de mocinho e bandido, tornando assim as brincadeiras mais agitadas e cheias de ação;
- A menina já gosta de brincadeiras mais calmas, como as atividades domésticas e sociais;
- As competições vão sendo mais freqüentes, mas ainda não consegue assimilar derrotas.

Aos 6 anos

- Gosta de vários tipos de jogos e quer ganhar sempre;
- Consegue um jeito de trapacear para ganhar;
- Gosta de brinquedos rudes.

Crianças de 4 a 6 anos apresentam características bem marcantes, relacionam tudo o que acontece ao seu redor com seus sentimentos e ações. Começam a argumentar, ainda sem razões lógicas. Suas razões são baseadas em seus desejos ou medos.

Brinquedos adequados de 2 a 6 anos:

- Telefone;
- Fantoches;
- Bichos plásticos ou de pelúcia;
- Lojas em miniatura;
- Massa de modelar;
- Bonecas;

- Quebra-cabeça (simples).

Dos 7 aos 12 anos

- Precisam de um espaço agradável que lhes proporcionem encontros com amigos, onde possam jogar;
- Relacionam e tiram conclusões;
- Muitas vezes ficam mais tempo discutindo regras do que realmente jogando ou brincando;
- Surgem com mais freqüência, os jogos de competição em equipe;
- Os esportes também passam a atrair, e partindo do prazer de jogar certo jogo, a criança pode desenvolver o gosto por determinado esporte.

Brinquedos sugeridos:

- Boliche;
- Futebol de botão;
- Jogos de construção;
- Jogos de damas, xadrez e outros;
- Jogos de perguntas e respostar;
- Vídeo game;
- Jogos de cartas.

Nesse período, tanto o pensamento quanto a linguagem vão se distanciando cada vez mais da realidade imediata. Assim, a abstração passa a caracterizar os processos cognitivos no sentido e consolidar funções metacognitivas promotivas pela aprendizagem de conceitos científicos.

Adolescentes

Após os doze anos os interesses começam a mesclar-se com os dos adultos. Pode-se observar isto, claramente, no êxito crescente pelo vídeo-game, dos jogos eletrônicos mais complexos. Demonstram também interesse por jogos de tabuleiros e de aventuras.

Assim, o jogo e a brincadeira não apenas estimulam o raciocínio para a compreensão das estratégias envolvidas, como também permitem à criança dominar a conduta, exigindo autocontrole e auto-avaliação de suas capacidades e limites (Maluf 2003).

A partir do exposto, e considerando a fase de desenvolvimento em que se encontra cada criança abrigada, o presente trabalho pretende apresentar um projeto que visa facilitar, através do brincar orientado e supervisionado por profissionais de psicologia e acadêmicos da área, o convívio entre os cuidadores e as crianças e das crianças entre elas.

Objetivos Específicos:

- Facilitar através do brincar a expressão das vivências emocionais de crianças abrigadas em instituição para crianças em situação de risco e violência doméstica
- Oferecer à criança abrigada a vivência de novas experiências, deixando que ela se manifeste emoções, sentimentos, medos, fantasias, possibilitando, assim, o manejo de conflitos pessoais e interpessoais.
- Auxiliar a ampliação da percepção e compreensão nas crianças a respeito de seu mundo interno e externo.
- Ajudar a criança em dificuldade quando uma tarefa está além de suas capacidades;

Método

Deverão ser organizados grupos de acordo com as necessidades e as capacidades da criança, auxiliando os cuidadores a desenvolver uma

observação e intervenção diferenciada de acordo com o que ela precisa naquele momento e fase do desenvolvimento em que se encontra.

De acordo com a população atual da casa, 20 crianças, os grupos serão divididos em dois turnos, matutino e vespertino, subdivididos pela manhã em três grupos, compostos por estagiário de psicologia/ psicólogo, cuidador, duas crianças. No período da tarde serão subdivididos dois grupos compostos por estagiáio de psicologia/ psicólogo, cuidador, três crianças.

As demais crianças que frequentam creches em período integral participarão dos grupos assim que encerrar o ano letivo, ou seja, no próximo ano[95],

No desenvolvimento dos grupos, cada psicólogo e estagiário deverão responsáveis pelo direcionamento de atividades em função da fase de desenvolvimento de cada grupo, estruturando junto às crianças e cuidadores as regras de convivência e dos jogos, observação, intervenção caso seja necessário.

Duração de cada encontro: 2 horas por período.

Formas de avaliação:

- Observação e anotação do comportamento das crianças, mudanças comportamentais, de comunicação, mudança no relacionamento entre si e com os cuidadores.
- Averiguação dos resultados, citados acima, por intermédio de feedback com os cuidadores e os responsáveis pela Casa.

- Reunião mensal com cuidadores e responsáveis pela Casa com o objetivo de discutir melhoras obtidas e possíveis mudanças.

Recursos Necessários

[95] Segundo informações colhidas com os responsáveis pela casa, tais crianças frequentarão a creche por meio período em 2011.

Materiais

- Adequação da brinquedoteca (Iluminação, conserto das mesas, cadeiras infantis, porta).

- Organização dos materiais e brinquedos disponíveis e requisição de novos: mesas, cadeiras, almofadas, brinquedos.

Humanos

Na aplicação do projeto serão envolvidos diretamente: Psicológa, dois estagiários de Psicologia, Cuidadores.

Outros profissionais serão envolvidos indiretamente, apoiando o trabalho: Professora de Reforço da Casa, Assistente Social da Casa e Coordenadora do Cria.

Referências:

LEBOVICI, S., DIATKINE, R. Significado e Função do Brinquedo na Criança. Editora Artes Médicas. Porto Alegre, 1985.

MALUF, A.C. M Brincar Prazer e Aprendizado. Editora Vozes, Petrópolis, 2003.

PAPALIA, D. E.; OLDS, S.W. *Desenvolvimento humano*. 7 ed. Porto Alegre : Artmed, 2000.

WINNICOTT, D. W. A criança e seu mundo. Zahar Editores. Rio de Janeiro, 1975.

WINNICOTT, D. W. O brincar e a realidade. Imago Editora Ltda. Rio de Janeiro, 1975.

SER DIFERENTE É DO SER HUMANO

MITOS E VERDADES SOBRE A SÍNDROME DE DOWN

Silene Formolaro.

Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo.

Resumo

O estudo aborda como tema a Síndrome de Down e o desenvolvimento global destas pessoas, buscando fazer uma reflexão a respeito dos mitos e verdades sobre tal condição genética. Assim, são apresentados alguns desses mitos e por meio de uma revisão bibliográfica, discute-se a síndrome, suas principais características, bem como as reações psicológicas que acometem os familiares, em especial os pais. Discute-se também a questão da deficiência mental e a inclusão escolar, considerando, sobretudo a importância que as experiências afetivas, educativas e sociais proporcionam aos indivíduos comprometidos pela síndrome.

É feito o estudo de caso de uma criança com Síndrome de Down. Para tal procedimento foram utilizados instrumentos como, entrevista semidirigida com a mãe da menina, materiais cedidos pela mesma e observações particulares registradas no período de atuação profissional com a família.

Para concluir, o trabalho evidencia como uma relação familiar acolhedora pode contribuir demasiadamente para o crescimento e o desenvolvimento da pessoa com deficiência, por meio de informação, amor, carinho e reconhecimento. Valores que superam as limitações e potencializam as capacidades de qualquer ser humano.

PALAVRAS-CHAVE: DEFICIÊNCIA MENTAL, SÍNDROME DE DOWN, FAMÍLIA, ESTUDO DE CASO.

Através da minha experiência em instituições que atuam diretamente com pessoas com síndrome de down e com suas famílias, pude estudar e conhecer

diversos casos onde as perguntas mais freqüentes sobre tal condição são semelhantes. Sendo assim, optei por descrevê-las aqui como referência e oportunidade de expor os mitos e verdades apresentados neste estudo.

Entende-se que este tema, apesar de comum e constante no cotidiano da sociedade, ainda carece de respaldo e informações subsidiadas tanto na teoria como nas experiências de vida daqueles que convivem e atuam com pessoas deficientes.

Dessa forma, justifica-se um estudo onde seja possível compartilhar minha experiência e conhecimento com pais, educadores e profissionais que atuam com crianças com Síndrome de Down, podendo ainda, a partir do estudo do caso clínico, trazer alguma contribuição para a área.

Desde a minha adolescência interesso-me pelo estudo do desenvolvimento de pessoas com necessidades especiais. Descobri entre um trabalho voluntário e outro, diferentes tipos de deficiências, síndromes e pessoas. Obtive profundas percepções, aprendi novas lições em cada experiência vivenciada e fui buscar cada vez mais informações e prática profissional nesta área tão rica e tão pouco explorada.

Hoje sou formada em Psicologia e concluIo minha pós-graduação em Psicopatologia e Saúde Pública (Formolaro,2008) com a apresentação de um trabalho, (do qual foram extraídas alguma sparttes), buscando ilustrar alguns mitos e verdades a respeito das pessoas com necessidades especiais que acompanhei trabalhando em uma instituição que atende crianças, jovens e adultos com Síndrome de Down.

Segundo Moreira (2004) o fenótipo da Síndrome de Down pode abranger, além do atraso no desenvolvimento, algumas peculiaridades relacionada à saúde, como: Hipotonia, cardiopatia congênita, problemas de audição e de visão, alterações na coluna cervical, distúrbios da tireóide, problemas neurológicos. As pessoas com esta síndrome podem ainda, desenvolver leucemia (câncer no sangue), obesidade e envelhecimento precoce.

O indivíduo que nasce com a Síndrome de Down pode apresentar algumas destas condições citadas acima, logo a solicitação do estudo cromossômico e as avaliações médicas são extremamente necessárias para o diagnóstico.

Pueschel (1993) explica que o ritmo das pessoas afetadas pela síndrome genética é mais lento devido às variações no desenvolvimento das funções motoras e mentais, contudo não as classifica em graus, alega que as diferenças de desenvolvimento decorrem das características individuais referentes à herança genética, a educação e o meio onde vive.

O suporte psicológico, segundo Tardivo (2008) é fundamental, pois, além de permitir a participação ativa dos pais no processo diagnóstico e terapêutico, favorece a identificação dos processos emocionais que merecem atenção e os pais descobrem em si, recursos internos essenciais para lidar com as dificuldades. Dessa forma, eles promovem aos filhos, maiores chances de adquirir competências para viver com autonomia e felicidade.

Vash (1998), ressalva que a aceitação de um filho com Síndrome de Down é um processo de alta vulnerabilidade e reajuste emocional que requer tempo. As reações dependem da história de cada família, de seus recursos físicos, sociais e emocionais.

Na instituição onde trabalhei, a participação dos pais nas atividades lúdicas apresentadas pela equipe multidisciplinar durante os atendimentos sugeriam, exatamente, este reajuste, através do apoio e das orientações, preservando, acima de tudo, a naturalidade e espontaneidade do relacionamento entre pais e filhos.

Marcon (2006) destaca que quando este objetivo é alcançado, a criança tranqüilamente reage melhor à estimulação específica, garantindo conseqüentemente, maiores progressos tanto das habilidades psicomotoras, como no desenvolvimento da linguagem e nos aspectos cognitivos.

Objetivos do estudo: O presente trabalho tem como objetivo discutir alguns mitos e verdades sobre a Síndrome de Down e o desenvolvimento global de crianças com essa condição.

O estudo visa mostrar como o conhecimento científico sobre a Síndrome de Down pode favorecer o desenvolvimento de uma relação acolhedora, em especial aos pais, que podem facilitar e contribuir para o crescimento e o desenvolvimento da pessoa com deficiência, por meio do amor, carinho e reconhecimento das limitações e capacidades.

Pretende-se mostrar que todos passam pelas fases do desenvolvimento, por conflitos, perdas e superações, de acordo com sua singularidade, dentro da condição humana.

Abordagem metodológica da pesquisa: Para realização desta investigação foram adotadas as diretrizes da pesquisa qualitativa, por ser mais apropriada para o levantamento das principais características, desenvolvimento e relações das crianças com Síndrome de Down.

A pesquisa qualitativa apresentada tem seu foco principal na compreensão particular do fenômeno estudado, muito mais que nos resultados ou produtos, exigindo do investigador flexibilidade ao investigar. Este não deve, portanto, basear-se em hipóteses iniciais definidas dentro de uma forma rígida, pois estas podem sofrer modificações ao longo do processo.

Segundo Bleger (1984 p.28): “A psicologia clínica é sempre o campo e o método mais direto e apropriado de acesso à conduta dos seres humanos e sua personalidade”.

Desenvolvimento do trabalho:

No artigo citado (Formolaro, 2008) procurei dar exemplos de como mitos e verdades se aplicam hoje em dia à vida daqueles que convivem com pessoas deficientes.

Alguns desses mitos são abaixo exemplificados

MITO: As pessoas com Síndrome de Down são doentes.

VERDADE: Embora exista ampla quantidade de informações médicas sobre a Síndrome de Down as dificuldades surgem desde a habilidade para firmar o diagnóstico até a tranqüilidade para informá-lo à família. (Werneck, 1993).

MITO: Pessoas com Síndrome de Down são mongolóides.

VERDADE: O termo mongolismo é totalmente inadequado e carrega uma série de preconceitos criados a partir de descrições incorretas realizadas no passado e, por isso, deve ser evitado. (Pueschel, 1993).

MITO: As pessoas com Síndrome de Down são seres eternamente infantis.

VERDADE: Toda criança com Síndrome de Down deve ser educada e disciplinada como qualquer outra criança. Limites são fundamentais.

MITO: As pessoas com Síndrome de Down têm cura.

VERDADE: As pessoas com Síndrome de Down têm tratamento.

Discutimos todas essas concepções e apresentamos a evolução do caso,e o efetivo acoompnahmento da mãe, que favoreceu o desenvolvimento do menino.

Conclusões: Os objetivos traçados para este trabalho foram atingidos e trouxe oportunidade de novos aprendizados, pois permitiu, por meio das experiências citadas, o conhecimento mais profundo da realidade das pessoas envolvidas com a Síndrome de down.

O presente trabalho procurou transmitir ao leitor que os valores como: amor, carinho, paciência, tolerância e reconhecimento são vitais a qualquer ser humano, independente da condição genética, pois de uma forma ou de outra, passamos pelas fases do desenvolvimento, por conflitos, perdas e superações, e, somos merecedores de informações e orientações adequadas em qualquer etapa da vida.

A esperança jamais será vencida e espera-se que com o passar do tempo mitos sobre as pessoas com deficiência sejam cada vez mais analisados e desmistificados.

Referências

AMIRALIAN, M.L.T.M., Deficiências: um novo olhar – contribuições a partir da psicanálise winnicottiana. Estilos da Clínica, 2003.

ASSUMPÇÃO JR E TARDIVO. LS.P.C – Psicologia do Excepcional - São Paulo, Guanabara, 2008.

BARQUEIRO, R. M. – Deficiência Visual in ASSUMPÇÃO JR E TARDIVO. LS.P.C – Psicologia do Excepcional - São Paulo, Guanabara, 2008.

BLEGER, J. Psicologia da conduta.Porto Alegre: Artes Médicas, 1984.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Atenção à pessoa portadora de deficiência. Informações sobre a Síndrome de Down destinadas a profissionais de unidades de saúde. Brasília, 20p. 1994.

FORMOLARO, S., Ser diferente é do ser humano: Mitos e verdades sobre a Síndrome de Down, 2009. 77 p. Monografia (de Curso de Especialização) Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo - São Paulo, 2009.

FREUD, S. Luto e Melancolia. In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago. 1969. V14, p. 271 – 291. Trabalho original publicado em 1917 (escrito em 1915).

KLEIN, Melanie. Amor Culpa e Reparação. – Rio de Janeiro – Ed. Imago, 1921-1945, livro, 1996.

MARCON, S.S. Famílias cuidadoras de pessoas com dependência: um estudo bibliográfico, 2006.

MAZZOTTA, Marcos José Silveira. Educação Especial no Brasil: História e Políticas Públicas. 3ª edição. São Paulo: Cortez Editora 2001;

MOREIRA, I. M., Diversidade na escola: Aspectos genéticos e considerações psicopedagógicas. 2ª edição. Ilhéus: Editus, 2004.

PUESCHEL, S. (org), Síndrome de Down: guia para pais e educadores. Campinas, SP, Papirus, 1993.

PUPO FILHO, R. A. O momento da notícia. Informativo UP Down, no. 2, Abril/Maio, Santos, SP, 1992.

RODRIGUES, I. J., Inclusão: Um desafio em processo de construção in ASSUMPÇÃO JR E TARDIVO. LS.P.C - Psicologia do Excepcional São Paulo, Guanabara, 2008.

TARDIVO, L.S.P.C. Psicologia do Excepcional São Paulo, Guanabara, 2008.

VASH, C. L., Enfrentando a Deficiência – a manifestação, a psicologia, a reabilitação. São Paulo, Editora Universidade de São Paulo e Pioneira, 1988.

WERNECK, Cláudia; Muito Prazer, Eu Existo. 3ª edição. Rio de Janeiro. Ed. WVA. 1993.

O ROMPIMENTO DOS RELACIONAMENTOS AFETIVO-SEXUAIS E SUAS RESULTANTES

Bianca Cristina Bronini

Katiane Correia Da Silva Goulart Esiquiel

Luciana Lazarini

Ana Paula Parada

Thiago de Almeida

Resumo: O tema relacionamentos amorosos é uma das áreas mais importantes (e geralmente problemática) da vida das pessoas. Infelizmente, esta importância é mais bem percebida quando a relação não está satisfatória e está ameaçada pela possibilidade de um rompimento. Quando isso acontece, tanto o nosso humor, como a nossa capacidade de concentração, a nossa energia, o nosso trabalho e a nossa saúde, dentre outras dimensões das nossas vidas, podem ser profundamente afetados. Quando os relacionamentos afetivos se rompem, algumas alterações dos estados emotivos e psíquicos mostram-se presentes e constantes, na maioria das pessoas. Dessa forma, o presente trabalho objetivou apresentar o processo do término de relação amorosa, ao identificar e analisar as vivências dos sentimentos predominantes e impactos na vida diária após separação amorosa na vida adulta, buscando os fatores físicos e psíquicos decorrentes dessa condição.

O tema relacionamentos amorosos é uma das áreas mais importantes (e geralmente problemática) da vida das pessoas. Infelizmente, esta importância é mais bem percebida quando a relação não está satisfatória e está ameaçada pela possibilidade de um rompimento. Quando isso acontece, tanto o nosso humor, como a nossa capacidade de concentração, a nossa energia, o nosso trabalho e a nossa saúde, dentre outras dimensões das nossas vidas, podem ser profundamente afetados. Quando os relacionamentos afetivos se rompem, algumas alterações dos estados emotivos e psíquicos mostram-se presentes e

constantes, na maioria das pessoas. A dor da separação é, com freqüência, fisicamente sentida, sendo comuns as dores no peito e a sensação de peso, sufocamento e falta de ar (MARCONDES, TRIERWEILER e CRUZ, 2006). Além disso, a incapacidade de trabalhar efetivamente, má saúde, mudanças no peso, disfunção sexual, insônia e outros transtornos do sono também são freqüentes (MARCONDES et al., 2006). O trabalho necessário para recuperar o equilíbrio emocional e existencial requer um dispêndio de energia psíquica, e esse dispêndio, freqüentemente, provoca deterioração física e nervosa, tal como ocorre durante um luto grave. Caruso (1981 apud MARCONDES et al., 2006) afirma que estudar a separação amorosa significa estudar a presença da morte.

Para Hamilton (1988 apud CATERINA, 2008) o conceito de luto, ainda que mantenha relação estreita com sua utilização na linguagem comum, tem o uso específico e refere-se aos processos mentais que se seguem às vivências de perda. Estes processos caracterizam-se, de modo geral, pela reação à perda de um ente querido ou à perda de alguma abstração que ocupou o lugar de um ente querido como: um país, liberdade ou ideal de alguém. Em algumas pessoas, as mesmas influências produzem melancolia em vez de luto; por conseguinte, suspeitamos de que essas pessoas possuem uma disposição patológica. O luto também pode envolver graves afastamentos daquilo que constitui a atitude considerada normal para com a vida, mas não é considerado como uma condição patológica que demanda tratamento médico, pois pode ser superado após certo lapso de tempo (FREUD, 1914-1916/2006).

Ressalta-se que estão presentes, tanto no luto quanto na melancolia, traços mentais como um desânimo profundamente penoso, a cessação de interesse pelo mundo externo, a perda da capacidade de amar, a inibição de toda e qualquer atividade, e uma diminuição dos sentimentos de auto-estima a ponto de encontrar expressão em auto-recriminação e autoenvilecimento, culminando numa expectativa delirante de punição. Esta última, no entanto, é característica diferencial da melancolia (FREUD, 1914-1916/2006).

Segundo Freud (1974/1915), o luto profundo, como reação à perda de alguém que se ama, pode ser resumido como um estado de espírito penoso,

em que há perda da capacidade de adotar um novo objeto de amor (o que significa substituí-lo) e no afastamento de toda e qualquer atividade que não esteja ligada a pensamentos sobre ele. O indivíduo em luto geralmente experimenta um desejo de reparar a perda e destruir o objeto que foi internalizado como "bom". É impossível prever quanto tempo durará o "período de luto", assim como é difícil determinar o momento em que ele começa efetivamente (MARCONDES et al., 2006). Segundo Féres-Carneiro (2003) o tempo de elaboração do luto pela separação pode ser maior do que aquele do luto por morte.

A capacidade de vivenciar o luto pode estar relacionada a experiências infantis. Segundo a concepção ou ideias kleinianas, quando o bebê entra na posição depressiva e se defronta com o sentimento de ter destruído onipotentemente sua mãe, sua culpa e desespero por tê-la perdido despertam nele o desejo de restaurá-la e recriá-la, a fim de recuperá-la externa e internamente. Os mesmos desejos reparadores surgem em relação a outros objetos amados, externos e internos. Os impulsos reparadores ocasionam um maior avanço na integração. O amor é colocado mais nitidamente em conflito com o ódio, e age tanto no controle da destrutividade quanto na reparação e na restauração do dano causado. O desejo e a capacidade de restauração do objeto bom, interno e externo, são a base da capacidade do ego de manter o amor e as relações através de conflitos e dificuldades. São também a base para atividades criativas, que estão enraizadas no desejo do bebê de restaurar e recriar sua felicidade perdida, seus objetos internos perdidos e a harmonia de seu mundo interno (SEGAL, 1973).

As fantasias e atividades reparadoras resolvem as ansiedades da posição depressiva. A aguda intensidade da ansiedade depressiva é mitigada pelas repetidas experiências de perda e recuperação do objeto. O reaparecimento da mãe, após ausências, as quais são sentidas como morte, e o contínuo amor e cuidado que o bebê recebe de seu ambiente, fazem com que ele se dê mais conta da elasticidade de seus objetos externos e se torne menos temeroso dos efeitos onipotentes dos ataques que faz a eles em suas fantasias. Seu próprio crescimento e as restaurações que efetua em relação a seus objetos, trazem maior confiança em seu próprio amor, sua própria

capacidade de restaurar seu objeto interno e de retê-lo como bom, mesmo face a privação por objetos externos. Isso, por sua vez, torna-o mais capaz de experimentar privação sem ter dominado pelo ódio. Seu próprio ódio também se torna menos assustador, na medida em que aumenta sua crença de que seu amor pode restaurar aquilo que seu ódio destruiu.

Através da repetição de experiência de perda e recuperação, sentidas parcialmente como destruição pelo ódio e recriação pelo amor, o objeto bom se torna gradualmente mais bem assimilado no ego, pois, na medida em que o ego restaura e recria o objeto internamente, este se torna cada vez mais propriedade do ego, podendo ser assimilado por ele e contribuir para seu crescimento. Daí o enriquecimento do ego através do processo de luto. Juntamente com essas mudanças emocionais, habilidade e capacidade crescentes nas atividades externas reais trazem repetida confirmação em relação às capacidades reparadoras do ego. Quando os impulsos reparadores predominam, o teste da realidade se torna mais freqüente: o bebê observa com preocupação e ansiedade o efeito de suas fantasias sobre os objetos externos; uma importante parte de sua reparação consiste em aprender a renunciar ao controle onipotente e aceitá-lo como realmente é (SEGAL, 1973).

Os cuidados maternos que uma criança recebe em seus primeiros anos de vida são de importância vital para sua saúde mental futura. Quando por qualquer razão que seja existir a separação, logo um deles procurará reatar esta proximidade e diante da tentativa de um terceiro separar, pode haver grande resistência. Assim, tem-se uma correlação justificada entre condições e influências ambientais, e os estados do luto, definidos um por um estado depressivo e o outro patogênico (CATERINA, 2008).

O processo de luto se realiza através do teste de realidade, que ao evidenciar reiteradamente que o objeto não mais existe, exige que a libido se desprenda do objeto perdido. Entretanto, sublinha que esta exigência não é fácil de ser cumprida. As pessoas tendem a se agarrar insistentemente a seus investimentos libidinosos e não abrem mão de suas ligações mesmo quando outro objeto se apresenta a elas. Quando essa oposição é muito forte pode ocorrer um aprisionamento intenso no objeto, a ponto de se instalar uma

psicose desejosa alucinatória, resultado de um total fracasso do juízo de realidade. As exigências do teste de realidade só podem ser realizadas gradativamente e com muito gasto energético, sendo que no decorrer deste período a existência do objeto perdido é prolongada no psiquismo. Todo esse processo envolve sofrimento, dor, e é feito muito lentamente, pedaço por pedaço (MENDLOWICZ, 2000).

Além disso, na melancolia encontra-se uma perda real de um objeto amado, auto-recriminação, um sentimento de que a própria pessoa enlutada é culpada pela perda do objeto amado, isto é, que ela a desejou. Este sentimento pode ser relacionado à ambivalência presente nas relações amorosas ou nas próprias experiências que envolvem a ameaça da perda do objeto (FREUD, 1914-1916/2006).

Em resumo, na melancolia as ocasiões que dão margem à doença vão, em sua maior parte, além do caso nítido de uma perda por morte, incluindo as situações de desconsideração, desprezo ou desapontamento, que podem trazer para a relação sentimentos opostos de amor e ódio, ou reforçar uma ambivalência já existente. Se o amor pelo objeto – um amor que não pode ser renunciado, embora o próprio objeto o seja – se refugiar na identificação narcisista, então o ódio entra em ação neste objeto substitutivo, dele abusando, degradando-o, fazendo-o sofrer e tirando satisfação sádica de seu sofrimento (FREUD, 1914-1916/2006).

A característica mais notável da melancolia, e aquela que mais precisa de explicação, é sua tendência a se transformar em mania – estado este que é o oposto dela em seus sintomas, não acontecendo em toda melancolia. Alguns casos seguem seu curso em recaídas periódicas, com intervalos de sinais de mania ausentes ou apenas leves. Outros casos já revelam a alteração regular de fases melancólicas e maníacas que leva à hipótese de uma insanidade circular (FREUD, 1914-1916/2006).

O sistema psíquico da melancolia se processa na apresentação (da coisa) inconsciente do objeto abandonada pela libido, contudo essa apresentação é composta de inumeráveis impressões isoladas (ou traços inconscientes delas) e essa retirada da libido não é um processo que possa ser

realizado num momento, mas deve, por certo, como no luto, ser um processo extremamente prolongado e gradual: primeiro uma lembrança e depois outra é ativada e os lamentos que soam sempre como os mesmos, e são tediosos em sua monotonia, procedem, não obstante, cada vez de uma fonte inconsciente diferente. Se o objeto não possui tão grande importância para o ego, então também sua perda não será suficiente para provocar o luto ou a melancolia (FREUD, 1914-1916/2006).

A melancolia confronta com outros problemas, no fato de desaparecer após certo tempo, sem deixar quaisquer vestígios de grandes alterações, que é uma característica que a mesma compartilha com o luto. Esta se diferencia do luto, pois o mesmo necessita de tempo para que o domínio do teste da realidade seja levado em detalhe, e que, uma vez realizado esse trabalho, o ego consegue libertar sua libido do objeto perdido (FREUD, 1914-1916/2006).

No luto, os esforços para separar a libido são enviados nesse mesmo sistema, mas nele nada impede que esses processos sigam o caminho normal através do pré-consciente até a consciência (FREUD, 1914-1916/2006). Segundo Bowlby (1998 apud COELHO et al, 2006) o luto tem como resposta característica as fases de torpor ou aturdimento; saudade e busca da figura perdida; desorganização e desespero e, finalmente, maior ou menor reorganização. Estas fases foram corroboradas por outros autores que estudaram a fenomenologia do processo de luto (PARKES, 1998; BROMBERG, 1994), ressaltando, no entanto, que tais fases não seguem necessariamente esta seqüência, e devem ser compreendidas como padrões de comportamento e não como fases cronológicas.

Segundo Melanie Klein, o luto normal e o patológico se contrastam pelo grau e não pela estrutura, ao contrário das referências de Lacan, em que o luto é considerado apenas patológico. A dificuldade em distinguir o luto normal do patológico baseia-se nas muitas variáveis que compõe o luto, além de pontos de semelhança com outros quadros, sendo a depressão o exemplo mais tangível. Quando se consegue restabelecer o equilíbrio sem deformar demasiadamente a realidade, fala-se de luto normal (CATERINA, 2008).

O luto normal, segundo Freud, consiste na perda consciente do objeto, enquanto no luto patológico esta perda fica radicalmente inconsciente. Neste caso o melancólico por mais que saiba quem perdeu, não sabe o que perdeu na pessoa amada. Mas isto não seria suficiente para distinguir o luto normal do luto patológico, pois esta característica está presente em todas as formas de luto. Para tanto, esta dualidade deve ser constatada clinicamente. No luto normal, então, a perda é consciente e a sua elaboração é bem sucedida e, apesar da dor do sofrimento vivido neste processo (CATERINA, 2008).

No luto patológico defini-se como uma reação que fugiu do que se refere à sintomatologia e processo. A depressão clínica pode ser considerada um tipo de reação patológica diante de um episódio depressivo. Porém, há casos de depressão clínica não provocada pelo luto (CATERINA, 2008). O luto, apesar de ser uma situação de crise, pode acarretar ao enlutado manifestações patológicas de forma somática e psíquica.

Quando se perde o objeto amado, dispara uma ambivalência nas relações afetivas. Isto vem a desencadear o estado patológico, eternizado pela culpa por ter desejado a perda do objeto ou pela perda vivida. Freud (1916), em seus escritos afirmou que culpa é uma expressão de conflito da ambivalência entre os instintos de vida e de morte. A análise freudiana sobre o sentimento de culpa explicita o problema da irredutibilidade da satisfação humana aos padrões pré-estabelecidos. Freud revela que o mal-estar sentido como culpa é engendrado pela própria tentativa de erradicação da violência, ou seja, de superação do mal-estar (GASPAR, 2007).

O sentimento de culpa é sempre entendido por Freud como decorrente da renúncia à satisfação pulsional. Essa renúncia teria origem no medo da perda do amor do outro de quem o sujeito é dependente. Freud denomina de superego a instância que exige tal renúncia.

Para Freud o superego é formado pelo resíduo das primeiras escolhas objetais feitas pelo sujeito e também pode ser caracterizado como uma formação reativa contra essas escolhas, pois estas são incestuosas, e mantê-las poderia acarretar dano ao ego, que se vê obrigado a renunciá-las. Para recalcar essas escolhas, o ego introjeta a força do pai, e essa força introjetada

ergue-se como uma instância (o superego), que passa a exercer domínio sobre o próprio ego. O ego respeita e teme essa instância, pois sendo a representante da lei paterna, ela o ameaçou um dia de castração.

O sentimento de culpa seria uma forma de manifestação deste medo e expressaria a angústia sentida pelo ego quando não consegue se colocar à altura das exigências superegóicas, e por isto teme ser punido (castrado) por ele, assim como temia ser punido pelo pai. O superego vem desempenhar, portanto, o papel que era próprio à autoridade externa, exigindo renúncia pulsional e punição. A diferença entre o superego e as autoridades externas é que o superego é onisciente em relação aos desejos inconscientes. O resultado é que "uma ameaça de infelicidade externa – perda do amor e castigo por parte da autoridade externa – foi permutada por uma permanente infelicidade interna, pela tensão do sentimento de culpa" (FREUD, 1930/2006, p. 131).

Além da culpa, outros sentimentos podem estar relacionados ao processo do luto, como a solidão, inveja e ciúme. Klein (1940/1975), grande estudiosa destes sentimentos, indicou que o sujeito depende emocionalmente de seus objetos amorosos, mas a integração plena jamais é alcançada, tendo ele que elaborar a ação radical de suas pulsões e o seu sentimento de solidão. Segundo essa autora, mesmo que se atravesse a posição depressiva construtivamente, o sujeito depende do olhar amoroso do outro para manter o equilíbrio instável de seu mundo interno, sujeito a desorganizações diante das perdas da vida (MENDLOWICZ, 2000).

Klein (1932/1975) ressaltou que a relação precoce com a mãe e as primeiras vitórias contra as pulsões destrutivas, criou condições para uma boa estruturação egóica, capaz de promover uma relação mais harmoniosa do sujeito com o mundo. Entretanto, isso não implica que o sujeito, mais tardiamente na vida, não possa, de qualquer forma, fracassar na elaboração de uma perda e desenvolver uma sintomatologia específica (MENDLOWICZ, 2000).

Nesse contexto, o fim de um relacionamento afetivo costuma provocar uma revolução na vida emocional, principalmente, quando o término ocorre de forma imprevisível, ou a decisão parte da outra pessoa. Um turbilhão de sentimentos como raiva, insegurança, carência, saudade, dor e desejo de

vingança se misturam. Nesse momento atribulado, alguns tomam atitudes extremadas, se expõem, esperneiam, suplicam; outros se recolhem. Qualquer que seja a reação é inevitável escaparmos do sofrimento. O rompimento causa uma sobrecarga tanto psíquica quanto física, muitas vezes causando reações como uma espécie de “bloqueio” que pode durar semanas ou até meses (CORRÊA, 2008).

Na medida em que a separação constitui a tão desejada solução para um problema que não poderia ser resolvido de outra forma, deveria, então, ser vivida como uma sensação de alívio, mas a mobilização emocional pós-separação, tal como percebida por Maldonado (1995 apud MARCONDES et al., 2006), é intensa, pois a pessoa está diante do medo, da incerteza, da insegurança, que caracterizam a mudança de aspectos importantes de si mesmo. São comuns as atitudes irracionais, ilógicas e impulsivas.

Segundo Giusti (1987 apud MARCONDES et al., 2006) a separação não é somente o fim de uma união material, mas também a quebra de vínculos, de laços emotivos, sexuais e afetivos, criados, tanto pelo amor quanto pelo ódio, pelas brigas e pelas reconciliações. Dependendo de quem é o responsável pelo término da relação, diferentes tipos de dor são sentidas. Embora seja considerada uma situação ruim para ambos, costuma ter sofrimento mais intenso aquele que é percebido como deixado.

Colasanti (1986 apud MARCONDES et al., 2006), afirma que aquele que abandona pode aliviar sua dor por meio do impulso que o levou a agir e o sentido de renovação. Para quem deseja separar-se, o que predomina, inicialmente, é o alívio, e, às vezes, a euforia, por se ver livre do peso e da tensão da situação infeliz. A sensação de alívio amortece o impacto. Há a novidade, as mudanças, a passagem de um passado conhecido para um futuro sem previsões. Depois, costumam surgir culpa e tristeza. Assim, são lembrados os bons momentos e os sonhos desfeitos, a tristeza pelo que poderia ter sido, mas que não foi possível manter.

Os sentimentos de ódio e frieza, nessas horas, surgem para suavizar ou neutralizar os sentimentos de pesar e culpa. Considerar, pela raiva, apenas os aspectos ruins da relação, anestesia a dor de lamentar o seu fim. Em meio ao ódio, ao ressentimento e a dor, vem a tendência a denegrir, difamar e rebaixar o ex-parceiro para se convencer de que não sofreu grande perda. Assim, os

defeitos se ressaltam, enquanto que as qualidades passam a serem reconhecidas em segundo plano. Quanto mais longa e íntima for a união, provavelmente mais desolador será o momento da separação, mesmo se a intimidade era produto de sofrimentos, incompreensões e ofensas (MARCONDES et al., 2006).

Diante da percepção de que a decisão do outro é irreversível, surge a depressão, frequentemente acompanhada pelos sentimentos de autodepreciação, pena de si mesmo, baixa autoestima, bem como ataque ao parceiro com sentimentos de vingança e hostilidade (MALDONADO, 1995; MARCONDES et al., 2006). A depreciação da pessoa amada, segundo Klein e Rivière (1975 apud MARCONDES et al., 2006), pode ser um mecanismo útil de vasta aplicação que nos permite suportar decepções.

As possíveis novas relações do parceiro podem dar início ao ciúme, inclusive em quem nunca o sentiu (MARCONDES et al., 2006). O ciúme e o sentimento de posse emergem, especialmente, quando se perdem todos os direitos: se antes havia a idéia e, “direito de amor exclusivo" sobre uma pessoa, com a separação surge uma profunda sensação de frustração e impotência. Após a separação, ao mesmo tempo em que se aguça o desejo de possuir e de controlar o outro, acaba-se perdendo toda a motivação para viver e experimenta-se a penosa sensação de estar à deriva (MARCONDES et al., 2006). Para Wilson (2000 apud MARCONDES et al., 2006), o término de um romance, pode disparar uma depressão vitalícia, principalmente nas pessoas que têm uma vulnerabilidade predeterminada a vicissitudes românticas e a se deprimir durante esses períodos difíceis.

Apesar de frequentemente esses sentimentos emergirem, algumas pessoas protegem-se do impacto emocional da separação fazendo uma defesa chamada de "anestesia afetiva total", ficando temporariamente incapaz de vivenciar qualquer sentimento (MARCONDES et al., 2006). O isolamento também pode ocorrer como forma de alcançar a sensação de paz e de alívio. Vilhena (1991 apud MARCONDES et al., 2006) ao referir-se à separação, enfatiza a questão da "capacidade de ficar só" dos sujeitos e distingue diferentes formas de solidão, ressaltando que a separação, mais do que uma ferida no narcisismo do sujeito, afeta dolorosamente toda sua subjetividade e coloca em risco sua própria identidade. A solidão pode representar uma

possibilidade de ficar consigo mesmo ou uma incapacidade de tolerar a indiferença do outro, manifestando-se tanto no isolamento voluntário como na busca compulsiva de companhia.

Pouco a pouco, porém, as emoções que nos mantêm impossibilitados de reagir vão sendo reelaboradas e vividas de maneira mais direta e menos dilacerante. (MARCONDES et al., 2006). De acordo com Viorst (1988 apud MARCONDES et al., 2006, p. 243)

> Somos indivíduos reprimidos pelo proibido e pelo impossível, que procuram adaptar-se a seus relacionamentos extremamente imperfeitos. Vivemos de perder, abandonar, e desistir. E, mais cedo ou mais tarde, com maior ou menor sofrimento, todos nós compreendemos que a perda é, sem dúvida, uma condição permanente da vida humana.

Apesar disso, a perda não deixa de ser um processo de lamentação difícil, lento e doloroso (CATERINA, 2008). A forma de enfrentamento das perdas pode variar conforme a idade do sujeito, a quem foi perdido e de toda uma história compartilhada. Entretanto, pode-se dizer que, em geral, finda as sucessivas fases de mudanças, após o período de aproximadamente um ano, completa-se a principal parte deste processo.

Referências

Bromberg, M. H. F. P. (1994). *A psicoterapia em situações de perda e luto.* Campinas: Editorial Psi II.

CATERINA, M. C. *O luto*: Perdas e Rompimento de Vínculos. Associação Psicanalítica do Vale do Paraíba, fevereiro 2008. Disponível em: httpwww.apvp-psicanalise.comApostila_Luto_Perda.pdf . Acesso em: 12/04/2010.

CORRÊA, A. S. Quando o amor acaba. 2008. Disponível em: http://blog.controversia.com.br/2008/11/15/. Acesso em: 12/04/2010.

FREUD, S., 1914-1916. *A história do movimento psicanalítico, Artigos sobre a Metapsicologia e outros trabalhos* In: **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: edição standard brasileira. v. XIV**. Rio de Janeiro: Imago Editora, 2006. pp. 245-263.

FREUD, S. Luto e Melancolia. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, vol. XIV**. Rio de Janeiro: Imago, 1974, pp.269-292.

GASPAR, T. R. O sentimento de culpa e a ética em psicanálise. *Psychê* - Ano XI – n. 20, São Paulo, p. 47-65 jan-jun/2007. Disponível em: httppepsic[1].bvs-psi.org.brpdfpsychev11n20v11n20a04.pdf. Acesso em: 15/04/2010.

KLEIN, M., 1921-1945. *Amor, culpa e reparação e outros trabalhos (1882-1960).* (A. Cardoso, trad.). Obras completas de Melanie Klein, v. 1. Rio de Janeiro: Editora Imago, 1996.

MALDONADO, M. T. **Casamento: Término e Reconstrução**. São Paulo: Saraiva, 1995.

MARCONDES, M. V.; TRIERWEILER, M. & CRUZ, R. M. Sentimentos predominantes após o término de um relacionamento amoroso. *Psicologia Ciência e Profissão*, n. 1, pp. 94-105, 2006.

MENDLOWICZ, E. O luto e seus destinos. *Ágora,* v. 3 n. 2., p. 87-96, July/Dec., 2000.

PARKES, C. M. *Luto: estudos sobre a perda na vida adulta*. São Paulo: Summus, 1998.

SEGAL. H. *Introdução à Obra de Melanie Klein*. 2. ed., revista e aumentada. Rio de Janeiro: Imago Editora Ltda, 1973.

PROJETO CORRESPONDENTES:

ESPAÇO POSSÍVEL PARA A (RE)CONSTRUÇÃO DE UM VÍNCULO AFETIVO INOVADOR

Gislaine Martins R. Passarini[96];

Lígia Fromer[97];

Mariana Beluzzi Ferreira[98]

Marina Prado Sasao[99]

RESUMO

Com a proposta de troca de cartas entre adultos voluntários e crianças/adolescentes em situação de vulnerabilidade social, o projeto Correspondentes tem como principal objetivo auxiliar na construção de um vínculo afetivo recíproco entre os participantes. Esse estudo propõe-se a aprofundar a discussão sobre o vínculo afetivo, com as contribuições teóricas da psicanálise de Winnicott, baseadas principalmente nos conceitos de envolvimento (concern) e ambiente suficientemente bom, articulando com situações ocorridas na rotina do trabalho do projeto. Pretende-se abordar quais são as perspectivas e desafios no trabalho com essas crianças/adolescentes que frequentemente possuem a vivência de vínculos fragilizados e/ou rompidos, no sentido de promover espaços para que elas possam testar as relações e ressignificar essas vivências.

[96] Psicóloga coordenadora da área de Leitura de cartas do Inprós (Instituto de Projetos Sociais)
[97] Psicóloga- coordenadora geral da equipe técnica do Inprós (Instituto de Projetos Sociais)
[98]Psicóloga- coordenadora institucional do Inprós (Instituto de Projetos Sociais)
[99] Psicóloga - técnica assistente da Leitura de Cartas do Inprós (Instituto de Projetos Sociais)

Palavras-chaves: crianças/adolescentes; vulnerabilidade e risco social; vínculo afetivo; capacidade de envolvimento; ambiente.

INTRODUÇÃO

O projeto Correspondentes é coordenado pelo Inprós (Instituto de Projeto Sociais – OSCIP, organização da sociedade civil de interesse público) e a ação proposta é a troca regular de correspondências entre voluntários e crianças/adolescentes que moram em abrigos ou freqüentam Centros da Criança e Adolescente (CCAs). Atualmente, o projeto conta com 600 participantes em 33 instituições em São Paulo, sendo 23 abrigos e 10 CCAs e mais 12 abrigos em Curitiba.

O objetivo do projeto é a construção de um vínculo afetivo recíproco entre adultos (voluntários) e crianças/adolescentes em situação de vulnerabilidade e risco, que moram em abrigos ou freqüentam CCAs.

A vivência de um vínculo afetivo de confiança torna-se valiosa uma vez que esses jovens têm, muitas vezes, a história de vida marcada pela convivência com um ambiente que não fora suficientemente bom, no qual prevaleceram relações de violência, maus tratos, abusos, descuidos de todas as ordens e, em decorrência destas, a fragilidade dos vínculos e em alguns casos, até o rompimento das relações. Nesse sentido, a proposta do projeto é que haja o estabelecimento de um vínculo afetivo que seja cuidadoso, contínuo e estável a partir da troca de cartas com adultos, que promova uma experiência que não seja a repetição de relações fragilizadas em que o outro não é considerado em sua alteridade.

Sabe-se que o vínculo afetivo por si só exige um grande investimento das partes envolvidas, no sentido de que a troca só será construída a partir do envolvimento recíproco dos participantes. No projeto especificamente, essa exigência é ainda maior por ser uma relação estabelecida entre desconhecidos, pela linguagem escrita, por meio de cartas, que são trocadas dentro de prazos estipulados. Para dar conta desses elementos, é preciso que todas as partes

envolvidas coloquem um pouco de si e se esforcem, para que o principal objetivo da formação do vínculo afetivo possa ser alcançado.

METODOLOGIA

A equipe técnica do projeto trabalha em três frentes principais, junto às instituições, oferecendo suporte técnico necessário ao desenvolvimento do trabalho nos abrigos e CCAs; junto às cartas, através da leitura sigilosa e avaliação das relações construídas e além disso, junto aos voluntários, oferecendo suporte e instrumentalizando-os para a troca de cartas.

A leitura de cartas busca analisar os elementos que surgem na comunicação. Desse modo, avalia-se o grau de compromisso dos participantes, ou seja, se ocorrem atrasos e se estes são justificados ou não; se há continuidade dos assuntos; bem como, ampliação e aprofundamento dos conteúdos trocados. Além disso, é avaliado, principalmente, o quanto o vínculo afetivo está sendo estabelecido e mantido pelos participantes no decorrer da comunicação e qual a qualidade deste. Nesse sentido, para atingir os objetivos do projeto não basta ter construído um vínculo, mas sim que este seja benéfico para ambos participantes.

O vínculo afetivo criado pela dupla é analisado de modo a constatar o quanto cada um “existe” na vida do outro, apesar da distância espacial; o quanto cada um se torna “presente” para o outro, apesar da “ausência” física; o quanto cada um pode “falar” de si e “escutar” do outro, por meio das cartas. A ideia não é legislar, julgar ou apresentar um modelo pronto de vínculo, e sim incentivar que ambas as partes sejam capazes de expressar a singularidade que é própria a cada um.

Para que essa relação entre os participantes se estabeleça é necessário que a frequência das cartas sejam de até 20 dias, já que se considera que o menor espaçamento entre as cartas viabiliza de forma mais efetiva a formação do vínculo afetivo, possibilitando uma maior aproximação entre os participantes a partir da continuidade da troca.

Todas as ações e análises do projeto são pautadas nos referenciais psicanalíticos e no presente trabalho será dada ênfase aos conceitos de Winnicott.

DISCUSSÃO

Frequentemente, os jovens atendidos pelo projeto, jovens em situação de vulnerabilidade social, tem um histórico de experiências de privações no contexto intrafamiliar e de afastamento da família.

Quando as perdas ocorrem em um estágio emocional em que a criança ainda não é capaz de ter uma reação madura a ela, em decorrência da imaturidade do ego, ela está impossibilitada de se lamentar e, até mesmo, de sentir a perda. Nestes casos, podem ocorrer dificuldades no desenvolvimento e o indivíduo pode apresentar comportamentos anti-sociais ou enfraquecimento da capacidade de envolvimento e da criatividade (WINNICOTT, 1999).

Winnicott (1999) afirma que, por meio do envolvimento, o indivíduo torna-se capaz de se envolver, ou seja, de se preocupar, além de sentir e de aceitar a responsabilidade pela relação com o objeto afetivo. Essa capacidade é adquirida a partir da integração egóica possibilitada por um ambiente favorável (confiável, previsível, estável, contínuo e cuidadoso).

Para o estabelecimento do vínculo afetivo pressupõe-se que a capacidade de envolvimento, do voluntário tenha sido minimamente alcançada, assim como da criança. É importante ressaltar que alguns voluntários procuram o projeto justamente por identificar-se com as vivências das crianças/adolescentes, já que eles também podem ter passado por experiências adversas, de privações e perdas. A capacidade de envolvimento permite que o voluntário possa se disponibilizar para essa relação que será construída com a criança/adolescente, atentando-se para os conteúdos e demandas afetivas dela. Ao longo do tempo, a vivência dessa experiência afetiva de forma contínua, possibilita o estabelecimento da confiança em um adulto que se tornará uma importante referência para a criança/adolescente.

Para que o desenvolvimento emocional aconteça, é necessário que o ambiente que inicialmente é a mãe ou figura substituta seja alguém que possa adaptar-se às necessidades da criança de forma estável, previsível e contínua (WINNICOTT, 1999). Muitas das crianças/adolescentes atendidas pelo projeto, por terem vivenciado experiências de rupturas de vínculos em relação às figuras cuidadoras primárias e afastamento da família, podem ter a confiança em relação ao ambiente, ou qualquer pessoa que represente esse, abalada.

As crianças/adolescentes que não puderam contar com um ambiente favorável ao seu desenvolvimento tendem a testar os outros ambientes e outras relações que venham a construir, com o intuito de verificar o quanto estes resistem frente às suas investidas, para averiguar o quanto estes podem ser confiáveis. Pode-se pensar que a intensidade do teste colocado para essas novas relações, indique a intensidade da desconfiança e desesperança relativa à possibilidade de uma boa relação com o outro (WINNICOTT, 1999).

Algumas ocorrências observadas na troca de correspondência podem apontar para possíveis testes que as crianças/adolescentes estejam colocando para seus voluntários. Por exemplo, quando atrasam, enviam carta com uma escrita muito escassa, ou quando não contam de si, parecem colocar para esses voluntários o desafio de sustentar a relação, apesar da dificuldade delas se colocarem nessa.

Para que a confiança se estabeleça é necessário haver por parte do indivíduo a quem estes testes se dirigem uma atitude coerente, espontânea e autêntica que acolha e contenha essas manifestações que perturbam e que o convoca a ter que se a ver com o que é apresentado. (WINNICOTT, 1999).

Na troca de correspondências, para que o vínculo afetivo possa se estabelecer é necessário que o voluntário se interesse pelo conteúdo, pela produção da criança/adolescente e, além disso, que ele se coloque em relação, ampliando esses conteúdos, contando de si e demonstrando-se disponível para a construção da interação. Essa forma de comunicação do voluntário demonstra para a criança/adolescente uma maior autenticidade e a partir dessa

experiência contínua ela poderá progressivamente confiar ainda mais no voluntário.

As regras do projeto e o modo como ele está estruturado fornecem uma estabilidade para que a criança/adolescente possa criar o vínculo afetivo com o voluntário. Nesse sentido, o fato de ser estabelecido o prazo máximo de 20 dias para o envio da resposta, a leitura sigilosa das cartas, o suporte ao voluntário e acompanhamento institucional promovem uma estabilidade por meio de uma continuidade, a qual a criança poderá testar.

À medida que a criança vivencia essa relação criativa, na qual ela é considerada enquanto indivíduo, que pode colaborar para a construção da relação e, ao mesmo tempo, pode testá-la em sua capacidade de acolhimento e entendimento; ela pode estabelecer a confiança e se vincular.

Segundo Winnicott (1999), para crianças/adolescentes afastadas de sua família, a vivência de um novo ambiente adaptado às suas necessidades, poderá propiciar a lembrança do ambiente anterior e ampliar a concepção deste, experiência esta que pode ser muito enriquecedora.

As crianças/adolescentes que não puderam vivenciar ambientes estáveis, satisfatórios e integrados, terão maior dificuldade em dispor dos aspectos bons que o ambiente substituto pode oferecer, já que não possuem um modelo prévio de cuidado, amor e compreensão. Nesse sentido a vivência de um ambiente substituto poderá oferecer a experiência de um ambiente satisfatório primário (WINNICOTT, 1999).

O vínculo afetivo como possibilidade de uma troca genuína.

É importante ressaltar que, para que se estabeleça uma relação enriquecedora, ela deve ser essencialmente recíproca. Isto significa que o próprio voluntário deve estar aberto tanto para dar, quanto para receber, já que o vínculo pressupõe uma troca genuína. Faz-se necessário o reconhecimento pelos voluntários de que os jovens possuem aspectos saudáveis e desenvolvidos e com uma riqueza que lhe é própria.

Mesmo que os voluntários sejam submetidos a um criterioso processo de seleção, há aqueles que têm uma capacidade de se vincular e de se envolver reduzida, por diversas razões. Assim, o projeto se responsabiliza por intermediar a relação entre os participantes, oferecendo um lugar de troca para que possa ser escutada a angústia, sentimentos de frustrações, fantasias que os voluntários podem vir a ter em relação às crianças/adolescentes, que dificultam o estabelecimento da relação.

A experiência do projeto no suporte ao voluntário revela o quanto muitos deles estão carregados de preceitos assistencialistas e consideram as crianças/adolescentes como pessoas desprovidas de qualquer conteúdo, o que prejudica o estabelecimento do vínculo genuíno. Muitos voluntários acabam assumindo a posição de ter que “dar tudo” para essas crianças/adolescentes “carentes” e desprovidas de qualquer coisa, com o desejo onipotente de salvar ou curar o outro a qualquer custo. (FERRARI, 2008)

Quando o voluntário não está disponível para se envolver emocionalmente e tem dificuldade de lidar com a criança de modo autêntico e espontâneo, a construção do vínculo afetivo recíproco é prejudicada. No projeto, foi acompanhado uma troca em que a voluntária F.[100] tinha dificuldade em incluir G., a sua correspondente adolescente, na relação. O conteúdo das cartas consistia em contar da sua experiência como mãe, sem levar em consideração os conteúdos de G. Além disso, F. tinha muita dificuldade no cumprimento dos prazos, deixando de escrever por longos períodos. A partir da avaliação da relação, percebeu-se que o vínculo não podia ser estabelecido, já que não havia uma troca, de fato. Após tentativas frustradas de intervenções com F., foram realizadas intervenções frente à instituição em que G. estava abrigada, questionando a continuidade dessa relação avaliada como negativa. A adolescente, por sua vez, não quis que a relação se interrompesse, pois ela dizia “gostar” de se relacionar com F.

Nesse caso, o perigo era que a relação estabelecida fosse uma repetição de uma situação prévia, de abandono e da falta de um olhar atento, em que a

[100] Todas as siglas mencionadas nos exemplos foram criadas para preservar o sigilo dos participantes do projeto Correspondentes.

adolescente, por não ter conseguido integrar a ambivalência do ambiente anterior, desejava manter se relacionando, justamente por ser uma relação avaliada como insatisfatória Assim, possivelmente, a voluntária assumia a posição de um ideal do que deveria ser uma boa mãe para G. que tendia a aceitar tudo o que vinha de F., como se qualquer coisa fosse boa para ela.

O que pode ocorrer em situações de privação é a cisão da personalidade, em que a parte que se comunica com o mundo externo torna-se submissa e a outra, que contém a espontaneidade, se mantém em relação com objetos de fantasia idealizados na interioridade (WINNICOTT, 1999). Assim, a “vontade” complacente de G. de permanecer em uma relação em que ela não era olhada e reconhecida pelo outro consistia em uma repetição de um modelo conhecido.

O projeto acredita que o vínculo a ser construído pelos participantes não seja qualquer tipo de vínculo, mas sim um vínculo que propicie uma troca afetiva enriquecedora e que não seja uma mera repetição de modelos pré-estabelecidos insatisfatórios. Nesse sentido, a intervenção feita pela equipe foi construir um questionamento junto à instituição que acolhia G., buscando refletir sobre a manutenção dessa relação, para auxiliar a adolescente a ressignificar suas experiências anteriores de privação e romper com essa repetição.

A experiência no atendimento ao público em vulnerabilidade e risco social mostra como em alguns casos, a instituição pode reproduzir uma situação de ruptura de vínculo, falhando em sua tarefa primordial de trabalhar a construção e reconstrução dos vínculos familiares abalados ou rompidos. Em um dos abrigos parceiros do projeto em que ocorreu uma mudança de gestão, uma nova organização tornou-se responsável pelo atendimento das crianças/adolescentes, sem que houvesse uma preocupação com a forte quebra na continuidade das relações estabelecidas entre a equipe anterior e esses jovens. No contato com a nova gestão, foi avaliada com a nova equipe técnica do abrigo, a possibilidade da continuidade no projeto das crianças/adolescentes que já participavam. Nesse contato, a equipe do projeto Correspondentes se deparou com uma manifestação intensa por parte dessas crianças/adolescentes, que queriam saber sobre as cartas, se estas haviam

sido trazidas, se continuariam a recebê-las e a se corresponder com seus voluntários. Foi percebido que nessa mudança de gestão não houve uma preocupação com a transição, promovendo uma ruptura, no lugar de uma separação que poderia ser elaborada. Nesse caso o trabalho do projeto foi garantir a continuidade da participação das crianças/adolescentes no projeto como uma tentativa de manter os vínculos estabelecidos com os voluntários, proporcionando que algo daquele ambiente pudesse permanecer, contribuindo para a continuidade do sentimento de existência e pertinência, mesmo vivenciando uma brusca quebra nas relações.

Apesar das dificuldades institucionais serem uma constante no trabalho de atendimento ao público em vulnerabilidade social, verifica-se situações em que as instituições conseguem garantir as condições que propiciam a construção do vínculo afetivo.

Como exemplo, podemos citar o caso do adolescente J. que participa do projeto Correspondentes, por meio de um CCA que freqüenta. Ele iniciou a troca com a voluntária M. contando, logo na primeira carta, que seu pai havia falecido e que sua mãe o abandonara e por isso, era criado pela avó. De acordo com este primeiro contato, supôs-se que ele pudesse se colocar na relação, contando a história de vida. Contudo, observou-se, surpreendentemente no desenrolar da troca de cartas que J. não pôde dar continuidade a essa comunicação mais aprofundada, mantendo-a de forma superficial, expressando principalmente sua admiração pela voluntária: “te adoro”, “eu amo você”. M. de fato estava muito disponível e envolvida na relação com ele. Ela procurava sempre sustentar a falta de continuidade dele, investindo em recursos que pudessem facilitar a interação. Nesse sentido, ela inclusive elaborou um genograma da família dela, com riqueza de detalhes, cores, idades, ocorrência de falecimentos e etc., como um meio de facilitar a conversa. Além disso, ela também desenvolveu um esboço de um genograma da família do adolescente com as poucas informações que ele havia contado a ela, com a intenção que ele completasse as lacunas e contasse mais dele. Apesar de todo investimento da voluntária, J. não respondeu a essa parte da carta para ela, deixando evidente, talvez, que as lacunas eram bastante

profundas. A relação prosseguia dessa forma, ele respondia brevemente e sempre a elogiava e ela, por sua vez, continuava, ampliando os assuntos, falando de si e de sua família, percebendo as falhas de continuidade dele, respeitando-as e procurando adequar-se a elas, permanecendo investida na comunicação como um todo.

É possível aventar a hipótese que J. neste momento em que constantemente elogiava a voluntária relacionava-se com um objeto idealizado não podendo estabelecer uma relação de troca mais realística com a mesma, pois além de não contar sobre si, também não aprofundava os assuntos propostos pela voluntária, enviando prioritariamente poesias.

O modo de comunicação da voluntária sustentou a relação até que, após um ano e meio dessa interação estável, ele começou a se colocar de forma mais aprofundada e comentar os assuntos da voluntária. Nesse momento, J. estabeleceu uma relação mais integrada e fez uso do espaço da troca de forma mais criativa e espontânea. Atualmente, após dois anos e meio J. também se comunica com os familiares de M. e construiu uma ponte com a história de vida do marido dela que também tem um histórico de rompimento de vínculos familiares. A voluntária por meio da capacidade de envolvimento pode criar condições para estabelecer um vínculo afetivo genuíno com J., por meio da troca de cartas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A proposta do projeto Correspondentes é instrumentalizar instituições e voluntários para que estes criem condições junto às crianças/adolescentes de construírem um vínculo afetivo inovador de confiança em um adulto.

É essencial olhar e trabalhar a possibilidade das crianças/adolescentes construírem e reconstruírem as relações de privações vivenciadas anteriormente. O projeto Correspondentes se propõe a investir na possibilidade de criação de novos vínculos afetivos os quais possam ser testados e ressignificados. Para isso, é necessário que cada parte envolvida se

responsabilize de fato, e que os participantes possam expressar a sua individualidade no espaço proporcionado pelo projeto.

Percebe-se que o Correspondentes é apenas uma das ações possíveis frente a esse público, pois certamente há diversos outros espaços para que as crianças/adolescentes possam testar as relações estabelecidas e desenvolver a confiança no adulto e no ambiente. Existem crianças/adolescentes que não participam do projeto porque conseguem vivenciar isso nesses outros espaços.

Contudo, há aqueles que não permanecem no projeto, mesmo tendo conseguido estabelecer um vínculo afetivo com o voluntário. São casos de crianças/adolescentes que conseguem iniciar um vínculo interessante, mas que fica difícil compreender o que de fato ocasionou a escolha desses jovens em sair de projeto. Uma hipótese que já foi esboçada é que devido ao histórico de privações, o jovem tem dificuldade de sustentar um novo modelo de vínculo que não seja uma repetição de uma experiência de privação. Essa possibilidade pode ser vista como algo aterrorizador, por se tratar de uma experiência desconhecida para o indivíduo, podendo ser até mesmo um primeiro vínculo com um objeto integrado. Assim, o temor do desconhecido somado ao medo da perda desse objeto pode gerar uma forte angústia no indivíduo, que o paralisa.

Há também aqueles que nem sequer possuem a esperança de testar essas relações e terem a oportunidade de desenvolver a confiança. Sabe-se que o projeto não consegue atingir essas crianças/adolescentes, talvez justamente por exigir delas um mínimo de confiança no ambiente e o que resta como desafio maior para os que trabalham com este público é pensar quais trabalhos são possíveis de serem realizados para alcançar tamanha desesperança.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

FERRARI, R. *Voluntariado: uma dimensão ética.* 2008. 100 f. Tese (Mestrado em Psicologia Clínica). PUC-SP. São Paulo. 2008.

WINNICOTT, D.W. *Privação e Delinqüência*. 3 ed. São Paulo: Martins Fontes. 1999. 319 p.

REFORMA PSIQUIÁTRICA: A LEGITIMIDADE TERAPÊUTICA DO DISPOSITIVO GRUPAL PARA PACIENTES PSICÓTICOS.

Maria Cristina Zago[101]

Antonios Terzis[102]

Resumo: O movimento da Reforma Psiquiátrica iniciado no final dos anos 70 se re-atualiza dia-a-dia nas Unidades de tratamento, na medida em que há a necessidade de se pensar novas práticas que possibilitem o acesso ao paciente psiquiátrico. Neste estudo reafirma-se a legitimidade terapêutica do dispositivo grupal para pacientes psicóticos, especialmente por trazer a possibilidade da pulverização da transferência, e ser um lugar onde a "diferença" entre "iguais" remete a aproximação ao invés de provocar movimentos de exclusão.

Palavras-chave: Psicoterapia de grupo, Reforma Psiquiátrica, Saúde mental.

Ao se percorrer a história da psicoterapia de grupo, vê-se que esta emerge notadamente em Instituições envolvidas no atendimento a pacientes com sofrimento mental. Mais especificamente, com Joseph H. Pratt (1872-1956), em 1905, considerado pioneiro na utilização de grupos de uma maneira terapêutica específica implantando um programa de assistência a tuberculosos no *Massachusetts General Hospital*, em Boston (Pratt, 1907). Autores que se seguiram, como Lazell (1920) e Marsh (1931) estruturaram métodos de grupo

[101]Mestre e Doutoranda em Psicologia – Pontifícia Universidade Católica de Campinas .

E-mail:maria_zago@uol.com.br

[102]Professor Titular do Programa de Pós-graduação e Professor da graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Brasil. Centro de Formação e Assistência à Saúde – CEFAS (Presidente;Direção e Administração) – www.cefas.com.br

para pacientes psiquiátricos em Instituições. No começo da década de 1940, o dispositivo de grupo começa a ser pensado como entidade específica por psicanalistas no tratamento clínico de pacientes com patologias agudas.

O interesse psicanalítico pelos grupos encontra-se associado as grandes perturbações que caracterizaram os períodos de catástrofe social da primeira metade do século XX. Especialmente após a Segunda Grande Guerra Mundial, profissionais ligados à saúde se deparavam com situações de urgência, como neuroses traumáticas geradas pela guerra, que demandavam dispositivos de tratamento. Existiam dois problemas: excesso de pacientes e poucos recursos (Amarante, 2007). Na Inglaterra, uma das saídas encontradas foi promover assembléias que reuniam pacientes e profissionais para discutir planos de trabalho. Assim, em meio as crises sociais emergentes neste cenário caótico se dá a gênese da psicoterapia psicanalítica de grupo em Londres, quando W. R. Bion (1963/2006) e S. H. Foulkes (1967) pensam o grupo como dispositivo terapêutico fundando uma teoria dos grupos de base psicanalítica. Sem dúvida, as demandas sociais decorrentes dos conflitos bélicos fizeram com que a sociedade voltasse seu olhar para os hospitais psiquiátricos, para as condições desumanas em que viviam os pacientes. Um outro momento marcante dentro da trajetória da reforma psiquiátrica foi a experiência italiana que teve início nos anos 60, em Goriza, onde Franco Basaglia (1985), dentre outros, colocam em marcha um projeto de reformar um hospital psiquiátrico. Basaglia propôs práticas mais humanas no atendimento em Saúde Mental, e posteriormente, foi além, no sentido de romper com o modelo de atenção centralizado no hospital psiquiátrico. Postula a desconstrução do hospital psiquiátrico, de suas paredes, como também dos seus saberes e práticas; foram então criados outros serviços e dispositivos substitutivos: Centros de Saúde Mental. Cito, em especial esta experiência italiana, pois esta inspirou o desenrolar do movimento de reforma psiquiátrica brasileira.

Com as mudanças nas leis governamentais que regem o atendimento do paciente psiquiátrico no Brasil no final do século XX e o advento dos CAPS (Centros de Atenção Psicossocial) novas técnicas vêm sendo propostas. Até abril de 2005, o Brasil tinha 622 CAPS em todo país, 260 Serviços Residenciais Terapêuticos, inúmeros ambulatórios, serviços em hospitais gerais e a

participação cada vez mais atuante da atenção básica no atendimento relativo à Saúde Mental. O Ministério da Saúde relata que em 2010 o número de CAPS em funcionamento em todo o País sobe para 1.502[103]. Assim, o modelo hospitalocêntrico vem progressivamente se retirando do contexto brasileiro.

O movimento da Reforma psiquiátrica iniciado no final dos anos 70 se re-atualiza dia-a-dia nas Unidades de tratamento, na medida em que há a necessidade de se pensar novas práticas que possibilitem o acesso ao paciente psiquiátrico. No Brasil, Cumpre ressaltar que a portaria 224 de 29 de janeiro de 1992, do Ministério da Saúde regulamentou o trabalho com grupos e recomendou sua aplicação em todos os serviços de saúde mental públicos. Apesar do avanço da psicofarmacologia clínica e a redução da permanência dos pacientes em Unidades de internação, a psicoterapia de grupo para pacientes internados continua sendo de grande importância nas Instituições de Saúde Mental. Nesse sentido, Zimerman (1997) aponta que o *Nacional Institute of Mental Health* (USA) mostrou que mais da metade dos pacientes agudos ou reagudizados admitidos em hospitais psiquiátricos americanos participou de alguma forma de psicoterapia de grupo.

Retomando o iníco da psicoterapia de grupo, ressalta-se as observações pioneiras de Joseph H. Pratt (1907): a existência de uma doença comum a todos favorecia a "camaradagem" entre os participantes do grupo, "Made up as a our membership is of widely different races and different sects, they have a common bond in a common disease. A fine spirit of camaraderie has been developed.[104]" (Pratt, 1907, p. 29). A proposta de Pratt (1907) de utilizar grupos de uma maneira terapêutica específica serviu de inspiração a outras formulações, como as propostas por Lazell (1920), que embora adotasse o sistema de *aula* descrito por Pratt (1907), utilizava uma abordagem psicanalítica em discussões sobre assuntos diversos, como: medo de morte, conflito, amor-próprio, sentimentos de inferioridade, homossexualidade, alucinações, delírios,

[103] **(Ministério da Saúde** http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/default.cfm?pg=dspDetalheNoticia&id_area=124&CO_NOTICIA=11208)

[104] Tradução livre: "Composto como nossa sociedade por raças e seitas extremamente diferentes, eles têm um laço comum em uma doença comum. Um espírito bom de camaradagem foi desenvolvido".

fantasias e outros. Em 1928, Burrow, que manteve contato com Freud, Ferenczi e Jung, tornando-se membro fundador e presidente da *American Psychoanalytic Association*, revelava grande preocupação em relação às influências sociais sobre o indivíduo; estudou como questões sociais se refletem no funcionamento de grupos pequenos.

Ao mesmo tempo, a Psicologia Social de Freud (1913;1921; 1930[1929]/1996) demostra seu interesse em compreender as relações indivíduo-sociedade. Em *Psicologia de Grupo e A análise do ego* (1921/1996), Freud considera que embora a psicologia individual se dedique ao homem individualmente, ela não pode desprezar as relações que o indivíduo estabelece com os outros. Assim, a psicologia individual acha-se imbricada na psicologia social. Autores que se seguiram como W. R. Bion (1963/2006) e S. H. Foulkes (1967) deram contribuições importantes para o estabelecimento de uma psicoterapia de base psicanalítica.

Dessa forma, em meio as demandas sociais emergentes na primeira metade do século XX, o germe da psicoterapia de grupo foi encontrando espaço para se desenvolver em diversas propostas técnicas. Posteriormente, a psicoterapia de grupo legitima seu espaço no ambiente institucional como dispositivo terapêutico efetivo para pacientes psiquiátricos, e, em especial, para psicóticos.

Segundo as experiências efetuadas em hospitais, sanatórios, e ambulatórios, autores como Grinberg, Langer, & Rodrigué, (1957/1971) relataram a "*la aptitud de los enfermos mentales para participar do grupo*" (Grinberg, Langer, & Rodrigué, 1957/1971, p.173). Assim, no final da década de 60 apontavam que a psicoterapia de grupo encontra um campo de aplicação propício no tratamento de psicóticos. No entanto, o grau de êxito alcançado em função do fortalecimento do "eu" dos pacientes, adaptação à realidade e reintegração social, dependerá essencialmente da técnica empregada. Nesse sentido, os autores recomendam o método psicanalítico devido às características inerentes a esta população (Grinberg, Langer, & Rodrigué, 1957/1971):

> *Dada la regresión especialmente profunda que realizan los psicóticos, su aparente aislamento, los conflitos excepcionalmente intensos que tienen son el medio que los rodea, se requiere con mayor justificación aún que com los neuróticos, que el método terapéutico a emplearse sea el psicoanalítico. Sólo a través de su enfoque se logrará conseguir el mínimo de comprensión necesaria para decifrar e interpretar en forma aprovechable, tanto las expresiones marcadamente simbólicas de su lenguaje verbalizado como las contenidas em las actitudes preverbales*[105] (Grinberg, Langer, & Rodrigué, 1957/1971, p.173).

Os autores (Grinberg, Langer, & Rodrigué, 1957/1971) comentam ainda a diversidade de técnicas a serem empregadas no contexto grupal com pacientes psicóticos e suas possibilidades:

> *Insistimos em esse aspecto debido al hecho de que, a partir de la comprobación de que los psicóticos son tan accesibles a la psicoterapia como los neuróticos, por poseer la misma capacidad de transferência, surgieron diferentes técnicas; algumas se inspiraron en el método psicoanalítico o se basaron estrictamente en su concepción; otras, mucho más superficiales, tendieron a obtener un aumento de la confianza de los pacientes, fomentando exclusivamente la transferencia positiva*[106] (Grinberg, Langer, & Rodrigué, 1957/1971, p.173).

[105] Tradução livre: “Dada a regressão especialmente profunda que realizam os psicóticos, seu aparente isolamento, os conflitos excepcionalmente intensos que tem com o meio que o rodeia, se requer com maior justificativa do que com os neuróticos, que o método terapêutico a ser empregado seja o psicanalítico. Somente através deste enfoque se poderá conseguir o mínimo de compreensão necessária para decifrar e interpretar em forma aproveitável, tanto as expressões marcadamente simbólicas de sua linguagem verbalizada como as contidas em suas atitudes pré-verbais”.

[106] Tradução livre: “Insistimos neste aspecto devido ao feito de que, a partir da comprovação de que os psicóticos são tão acessíveis à psicoterapia como os neuróticos, por possuir a mesma capacidade de transferência, surgiram diferentes técnicas; algumas se inspiraram no método

De acordo com Grinberg, Langer, & Rodrigué, (1957/1971) a técnica analítica aplicada aos psicóticos não difere de maneira geral da utilizada em pacientes neuróticos, porém deve-se ter em mente a linguagem peculiar dos psicóticos e a formulação interpretativa; esta se baseia essencialmente na relação transferencial, positiva e negativa, contudo formulada segundo a linguagem esquizofrênica: simbólica e concreta. Grinberg, Langer, & Rodrigué, (1957/1971) recomendam que se trabalhe com grupos pequenos (cinco à oito integrantes), devido a constante atenção que estes pacientes demandam. Ao mesmo tempo, deve-se estipular uma maior freqüência de sessões semanais, duas por semana no mínimo, e uma maior duração das mesmas (Grinberg, Langer, & Rodrigué, 1957/1971).

Käes (2007) comenta a legitimidade terapêutica do dispositivo grupal para pacientes psicóticos, por trazer a possibilidade da pulverização da transferência, "This characteristic of transference in the group situation describes the group as a location of psychoanalytic work for subjects who would not be able to tolerate a single transference object: such is the case of psychotic, borderline, or antisocial patients (Käes, 2007, p.65)[107]".

Nos anos 60 e início dos anos 70 vemos Basaglia (1985) promover a desconstrução do manicômio dentro de uma proposta de reforma psiquiátrica que inspirou outros movimentos por um tratamento mais humanizado aos pacientes com sofrimento mental. No entanto, reafirmando as palavras de Basaglia (1985), a humanização das práticas de atenção em Saúde Mental proposta pela reforma psiquiátrica, não deve se restringir somente à modernização de ambientes, mas também a modernização de técnicas terapêuticas. Com certeza, a psicoterapia de grupo, notadamente, a de base

psicoanalítico ou se apoiaram estritamente em sua concepção; outras, muito mais superficiais, tenderam a obter um aumento da confiança dos pacientes, fomentando exclusivamente a transferência positiva

[107] Tradução livre: "Esta característica de transferência na situação de grupo descreve o grupo como um local de trabalho psicanalítico para sujeitos que não poderiam tolerar um único objeto de transferência: como no caso de psicótico, 'borderline', ou pacientes anti-sociais."

psicanalítica (Grinberg, Langer, & Rodrigué, 1957/1971), se apresenta como um dispositivo terapêutico efetivo para pacientes psiquiátricos, como assinala sua história e sua importância atual em diversos contextos institucionais possibilitando acesso ao paciente psicótico. Nesse sentido, Lancetti afirma que o simples fato de estar louco com outros é fortemente continente e terapêutico; "- sem essa força solidária não haveria re-significação histórica nem repetição transferencial, não haveria processo terapêutico" (Lancetti, 1993, p.158).

Referências Bibliográficas

Amarante, P. Saúde Mental e atenção psicossocial. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

Basaglia, F. A Instituição Negada. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985.

Burrow, M. D. (1928) The Basis of Group-Analysis, or the Analysis of the Reactions of Normal and Neurotic Individuals . JAMA; 49:755-9. Reimpresso em: MacKenzie KR, organizador. Classics in Group Psychotherapy. New York (USA): Guilford Press. p. 31-38, 1992.

Bion, W. R. (1963). Experiencias em grupos.Buenos Aires: Paidós, 2006.

Bleger, J. O Grupo como Instituição e o Grupo nas Instituições. In Käes, R. et. al. A Instituição e as Instituições: estudos psicanalíticos. São Paulo: Casa do Psicólogo,1991.

Foulkes, S. H., & Anthony, E. J. Psicoterapia de Grupo. Rio de Janeiro: Biblioteca Universal Popular S. A.,1967.

Freud, S. (1913). Totem e Tabú. In: Edição standart brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud (E.S.B.). vol. XIII. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

Freud, S. (1921). Psicologia de grupo e A análise do ego. In: Edição standart brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud (E.S.B.). vol. XVIII. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

Freud, S. (1930[1929]). O mal estar na civilização. In: Edição standart brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud (E.S.B.). vol. XXI. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

Grinberg, L., Langer, M. & Rodrigué, E. (1957) Psicoterapia Del grupo su enfoque psicoanalitico.Buenos Aires: Editorial Paidos, 1971.

Kaës, R. Linking, alliances, and shared space: groups and the psychoanalyst. London/United Kingdom: International Psychoanalytical Association, 2007.

Lancetti, A. Clínica grupal com psicóticos: a grupalidade que os especialistas não entendem. In: Lancetti A. (organizador), Grupos e coletivos: nº4. SaúdeLoucura.São Paulo: Hucitec, p.155-172, 1993.

Lazell, E. W. The group treatment of dementia praecox. Psychoanal Rev n.8, p. 168-79, 1921.

Marsh, L. C. Group treatment of the psychoses by the psychological equivalent of the revival. Ment Hyg 15, p. 328-49, 1931.

Ministério da Saúde
http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/default.cfm?pg=dspDetalheNoticia&id_area=124&CO_NOTICIA=11208)

Pratt, J. H.. (1907) The class method of treating consumption in homes of the poor. **JAMA**, 49, 755-759. Reimpresso em: MacKenzie KR, organizador.

Classics in Group Psychotherapy. New York (USA): Guilford Press, 1992, p. 25-30.

Zimerman, D. E., Osório, L. C. & Col. Como trabalhamos com grupos. Porto Alegre: Artmed, 1997.

ROMPENDO COM O CICLO DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E DA CRIMINALIDADE – CONTRIBUIÇÕES PSICOSSOCIAIS.

Rafael Erik de Menezes,

Beatriz Borges Brambilla,

Eunice Ediria Almeida Silva

Hilda Rosa Capelão Avoglia

Raquel Alter de Menezes.

Resumo

Nos últimos tempos a temática da violência e da criminalidade tem sido discutidas por muitos especialistas, inclusive psicólogos que tem contribuído com estudos teóricos e práticos em relação ao fenômeno da violência. O presente trabalho trata-se de um relato de caso de uma família migrante do Nordeste para São Paulo, que de geração em geração sofrem violência doméstica, cárcere privado e conflitos com a justiça. Neste contexto, o relato em questão buscou descrever a história de vida da família, as implicações subjetivas da violência doméstica e do envolvimento com o crime e as contribuições do atendimento psicológico no processo de emancipação e ruptura com o ciclo da violência e do crime.

Palavras-Chave: Violência Doméstica – Conflito com a lei – atendimento psicossocial.

Nos últimos tempos a violência doméstica tem se caracterizado como um dos problemas mais graves da sociedade brasileira, merecendo atenção dos diversos segmentos sociais, academia, sociedade civil e poder público. (SANTOS e IZUMINO, 2005). Uma das particularidades deste tipo de violência

é a diversificação em relação à local, idades, níveis de escolaridade, religiões e camadas sociais que este fenômeno ocorre. Ela envolve atos repetitivos, que vão se agravando, em freqüência e intensidade, como coerção, cerceamento, humilhação, desqualificação, agressões físicas e sexuais, ameaças e até mesmo a morte (CUNHA, 2008).

Segundo Saffioti (1997) a violência doméstica, também pode ser denominada violência familiar, embora ocorra predominantemente na residência, acontece também em outros espaços como bares, ruas, local de trabalho da vítima, dentre outros. Contudo, Cunha (2008) afirma que é no âmbito doméstico onde acontecem as mais terríveis humilhações, agressões físicas e sexuais, principalmente contra mulheres e crianças.

Cunha (2008) destaca ainda que a violência doméstica contra a mulher é uma faceta de um problema social mais grave, que é uma violência de homens contra mulheres na sociedade, não apenas física ou psicológica, mas uma violência na relação de poder no gênero e a subalternidade em que a divisão social do trabalho tem colocado as mulheres, em termos salariais, na educação dos filhos, nos direitos, entre outros. Sob esta perspectiva, a ocorrência de violência contra a mulher está intimamente fundamentada nas estruturas sociais que encorajam e perpetuam a dominação dos homens sobre as mulheres.

A literatura sobre violência doméstica, especificamente contra mulheres, tem sua origem no início dos anos 1980, constituindo uma das principais áreas temáticas dos estudos feministas no Brasil. Estes estudos são frutos das mudanças sociais e políticas no país, acompanhando o desenvolvimento do movimento de mulheres e o processo de redemocratização. Nessa época, um dos principais objetivos do movimento era dar visibilidade à violência contra as mulheres e combatê-la mediante intervenções sociais, psicológicas e jurídicas.

Uma das conquistas mais importantes são as delegacias de mulheres, em 1985, as quais, ainda hoje, se constituem na principal política pública de controle à violência contra as mulheres e à impunidade. Neste sentido, as pesquisas sobre violência contra as mulheres passam a enfatizar uma

preocupação com a ampliação dos direitos humanos das mulheres e o exercício de sua cidadania (SANTOS e IZUMINO, 2005).

Sendo assim, problematiza-se que a violência doméstica faz parte da história de vida de mulheres de comunidades populares. A população em situação de vulnerabilidade social tem sido exposta a inúmeros tipos de violência, além da negligencia do poder público que não tem garantido os direitos mínimos (saúde, educação, trabalho, segurança, lazer, assistência social, etc). Neste contexto de abandono e falta de oportunidades, muitos jovens tem se inserido no mundo da criminalidade. O presente trabalho tem como objetivo descrever um caso atendido em um Centro de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente (CEDECA) de São Paulo, que envolve a temática da migração, violência doméstica, criminalidade e o conflito com a lei. Os atendimentos foram realizados por uma equipe da instituição que acompanhou a família, onde buscavam romper com um ciclo instalado de geração para geração da cultura dos conflitos sociais e judiciários.

Freud (1913) discorreu sobre os mecanismos de transmissão geracional de determinados estados psíquicos, supondo a existência de uma herança primaria dos conflitos e vivências familiares.

Neste contexto da transmissão hereditária da cultura da violência e da criminalidade, apresentaremos um caso ilustrativo.

DA VIOLÊNCIA EM CASA PRÁ VIOLÊNCIA URBANA*

**Os nomes utilizados neste texto são fictícios.*

Irene, 55 anos, nascida em uma cidade no interior do nordeste, migrou para São Paulo aos 16 anos, fugida de um casamento malsucedido (havia se casado aos 14 anos de idade com um homem de 17 anos). A relação com este companheiro foi marcada desde cedo por seguidas cenas de violência doméstica, ora física, ora psicológica, chegando inclusive a ficar encarcerada em sua casa. Deste casamento, nasceram dois filhos: Paulo e Fabio, durante

as gestações, Irene continuou sendo violentada pelo companheiro, diante da situação, como citado acima, aos 16 anos Irene resolve fugir para a cidade de São Paulo levando os filhos.

Sem destino ou abrigo certo, Irene se aloca naquela que viria a ser uma das maiores favelas da zona leste de São Paulo, neste local, depois de alguns anos, Irene conheceu seu segundo companheiro, um homem de 35 anos de idade, que se responsabiliza pelos cuidados de Irene e de seus filhos.

O referido homem foi um dos precursores do tráfico de drogas na região, além do histórico de roubos, estas atividades caracterizavam a subsistência da família. Pouco tempo após a união, o companheiro de Irene é detido pela primeira vez por roubar um supermercado. Irene sempre relatou que se sentia protegida por este homem. A partir da relação de Irene com o companheiro, nasceram três filhos, Pedro, David e Cristiano. De volta as ruas o companheiro de Irene se envolve novamente em um roubo e após troca de tiros é morto pela polícia. A suposta “estabilidade financeira” da família deixou de existir.

É neste momento que Paulo, filho mais velho de Irene, toma para si a responsabilidade de subsidiar a família e envolve-se nas mesmas atividades daquele que considerava ser seu pai, aos 15 anos de idade Paulo é apreendido por tráfico de drogas e permanece por dois anos na então FEBEM – Fundação para o Bem Estar do Menor, período marcado por seguidas cenas de violência e tortura no local. **

Ao sair da FEBEM Paulo retorna ao tráfico de drogas e passa a se envolver cada vez mais com atividades “ilícitas”. Poucos anos depois Fabio, o segundo filho de Irene, passa a acompanhar o irmão e acaba apreendido por roubo, também seguindo para a FEBEM. É neste momento que o Centro de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente toma conhecimento da historia da família e passa a intervir junto a Fabio no sentido de garantir que este tenha seus direitos assegurados dentro da FEBEM, tanto no que se refere a sua integridade física, como a atendimento psicossocial de qualidade.

Paralelo as intervenções com Fabio, a equipe do Centro de Defesa acolhe os filhos mais novos e Irene, inserindo os mesmos em atividades culturais e nos grupos sócio-educativos, que tem por intuito estimular a criticidade em relação à realidade local.

Irene é convidada a iniciar atendimento psicoterápico e ao longo do processo, redefine sua postura no que se refere a não aceitar mais o dinheiro vindo do filho que permanece se subsidiando por meio de roubos e do tráfico de drogas. Fabio sai da FEBEM após 1 ano e meio e é inserido pelo Juiz da Vara da Infância e da Juventude de São Paulo em Liberdade Assistida, cumprindo rigorosamente a referida medida, retornando aos estudos e realizando trabalhos informais para auxiliar no sustento da família.

Atualmente Irene é agente comunitária da UBS local e atua dentro de sua comunidade em trabalhos de prevenção. Paulo teve seguidas passagens pela FEBEM e Fundação Casa nunca aderindo às intervenções propostas e hoje se encontra inserido no sistema prisional.

INTERVENÇÃO PSICOSSOCIAL COMO POSSIBILIDADE DE ATENDIMENTO A SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA

A partir do caso acima descrito é possível identificar um movimento cíclico da família no âmbito da violência e da criminalidade, as intervenções psicossociais com a família possibilitaram um espaço para o grupo familiar e para cada individuo no sentido de que pudessem refletir sobre suas vidas e experiências.

A vida dessa família foi marcada desde as primeiras experiências por situações de violência familiar ou urbana, para Winniccott (1982) as primeiras fases do desenvolvimento emocional são repletas de conflitos e rupturas potenciais. A relação com a realidade externa não está ainda radicada com firmeza, a personalidade ainda não está plenamente integrada, o amor primitivo tem uma finalidade destrutiva, e a criança não aprendeu ainda a tolerar e dominar seus instintos. Ela poderá vir a controlar todas as coisas e, ainda mais, se o seu ambiente circundante for estável e pessoal. No início, ela precisa

absolutamente viver num circulo de amor e de força (com tolerância conseqüente), se não quisermos que tenha medo de seus próprios pensamentos e de sua imaginação, para realizar progressos em seu desenvolvimento emocional.

Nesta família é possível perceber o quanto foram privados de experiências suficientemente boas e as dificuldades para a elaboração de condições para a constituição de um espaço potencial.

É necessário compreender o efeito que uma provação suscita em relação a aspectos emocionais da criança ainda nos primórdios de sua vida e que demanda sofrimento, e a luz desta percepção é possível fazer uma intervenção psicológica e eficaz. Para Safra (1999) um olhar atento pode perceber quando as crianças não estão emocionalmente bem, ainda que não se saiba a causa em um primeiro momento, há condições de se desconfiar de algum fator que possa ter sido o desencadeante de problemas orgânicos ou da tristeza que se faz presente.

A partir de tais considerações destaca-se a importância da família. Winnicott (1982) discorre sobre o conceito de família afastando-se de uma concepção de família mononuclear burguesa, afirmando que por trás desse conceito existe o reconhecimento das necessidades iniciais da criança pequena de uma versão simplificada da sociedade, que possa ser usada para os propósitos de crescimento emocional essencial, até que o desenvolvimento crie na criança uma capacidade de utilizar um circulo mais amplo, e na verdade um círculo que se amplia cada vez mais. A criança com um círculo familiar suficientemente bom poderá atuar num circulo maior, como a sociedade.

Winnicott (1982) argumenta que as crianças que vivem em lares que não correspondem às necessidades singulares a estrutura da vida torna-se quebrada. Torna-se inquieta, angustiada, e se tiver esperança tratará de procurar estrutura fora de casa. Caso os avós, tios, tias entre outras pessoas puderem oferecer segurança para essa criança será possível a mesma desenvolver-se e caminhar para independência.

Quando uma criança rouba algo fora de casa, exemplifica Winnicott (1982) está ainda procurando sua mãe, mas esta ação é feita com um sentimento de frustração e precisando cada vez mais encontrar a autoridade paterna, que possa por limites neste comportamento impulsivo.

A criança delinqüente está à procura de um pai rigoroso, que também é carinhoso, mas em primeiro lugar, deve ser forte e severo, para Winnicott (1982) apenas quando esta figura paterna está em evidência, é que a criança recupera seus primitivos impulsos amorosos, seu sentimento de culpa e seu desejo de corrigir-se. Esta criança delinqüente só poderá tornar-se cada vez mais inibida no amor e, por conseqüência, cada vez mais deprimida e despersonalizada, tornando-se incapaz de sentir a realidade das coisas, exceto a realidade da violência.

Estas experiências provocam sofrimento, que é compreendido juntamente com a dor e como parte do mesmo fenômeno psicossomático. O sofrimento no homem paralisa o seu ser, o seu querer e o seu futuro, e o faz perder também seu passado, deixando-o sem sentido. Uma nova representação de si mesmo ocorre, porém negativa naquele período. Em alguns casos advém o trauma, que pode ser uma fração do sujeito: este é violentado pelo efeito do trauma, pois perde parte de si próprio (COLACIQUE e ROSA, 2008 apud Barus-Michel, 2001).

O mal estar, a doença, o patológico, o que é sofrido, é uma ruptura ou desestabilização do sujeito. A ruptura é vivenciada como insuportável, segundo Colacique e Rosa (2008) causa sensações desagradáveis, equivalentes no plano psíquico à dor física, podendo a dor psíquica e a dor física converterem-se uma na outra ou se sobreporem uma a outra.

Safra (1999) aborda o sofrimento tanto físico quanto psíquico como manifestação de questões fundamentais da existência humana, que pode até mesmo suscitar a reorientação da pessoa em direção a sua singularidade ou cristalizando sua esperança. O tratamento do adoecer como uma simples tentativa de superação desconsidera a dor que contém toda história singular com as realizações e impasses.

Ao vivenciar o sofrimento o individuo seria chamado a tomar consciência da necessidade de encontrar uma saída eficaz para a situação, segundo Colacique e Rosa (2008) o vazio, o descompasso, a quebra do ritmo de vida podem criar algo novo que induza a pessoa a pensar e trabalhar visando superar o que está acontecendo. Os autores afirmam que a dor psíquica pode ser um caminho ao indivíduo para se despojar de suas idéias e alcançar clareza suficiente para enfrentar da melhor maneira a realidade.

Ao ser humano, arriscar só é possível com segurança, dentro de certos limites, quando se vive o sofrimento na perspectiva de compreendê-lo, a dor pode tornar-se reparadora e fortalecer o desenvolvimento da pessoal.

Safra (1999) afirma que o mundo humano perde de vista a condição humana, esquece, por exemplo, que em algumas situações de sofrimento o indivíduo precisa de atenção. A atenção, segundo o autor, é uma possibilidade de estar frente ao outro e se deixar afetar pelo outro, de ouvir e de responder a ele.

A partir das contribuições dos autores realizou-se um trabalho com a família de sensibilização, de acolhimento e de tomada de percepção da realidade externa e interna a fim de construir possibilidades para uma saída e rompimento eficaz da família com o ciclo da violência. A mãe insere-se em atividades comunitárias e passa a atuar no mundo do trabalho, as crianças são inseridas nos grupos e retornam às atividades escolares, o filho adolescente também se insere gradualmente no trabalho, e passam a re-significar as possibilidades de subsistência social e financeira, delimitando novas possibilidades de inserção social.

REFERÊNCIAS

COLACIQUE, M. A. M., ROSA, J.T. **O sofrimento psicológico de crianças e adolescentes em processos judiciais**. In: Violência e sofrimento de crianças e adolescentes: na perspectiva winnicottiana. Idéias e Letras, São Paulo, 2008.

CUNHA, T. R. A. **Violência conjugal: os ricos também batem.** *In:* Publicatio UEPG Humanas. Ponta Grossa, 2008.

FREUD, S. Totem e tabu. In: **Obras completas de Sigmund Freud**. Edição Standart Brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1913.

SAFFIOTI, H. I. B. **Violência doméstica ou a lógica do galinheiro**. *In:* KUPSTAS, M. (Org.). Violência em debate. São Paulo: Moderna, 1997.

SAFRA, G. **A face estética do self: teoria e clinica**. Unimarco, São Paulo, 1999.

SANTOS, C. M.; IZUMINO. W. P. **Violência contra as Mulheres e Violência de Gênero: Notas sobre Estudos Feministas no Brasil.** Disponível em: <http://www. nevusp.org/downloads/down083.pdf>. Acesso em: 15 de Novembro de 2010.

WINNICOTT, D. W. **A criança e seu mundo**. 6ª ed. LTC- Livros Técnicos e Científicos Editora S.A., Rio de Janeiro, 1982.

A HOMOFOBIA NO AMBIENTE DE TRABALHO

José Airton da Silva[108]

(Faculdade Frassinetti do Recife – FAFIRE)

Thiago de Almeida[109]

Maria Luiza Lourenço[110]

(Faculdade de Educação – USP)

Resumo: Este trabalho tem como tema central o homofobismo no ambiente de trabalho. Argumenta-se que o preconceito contra homossexuais é reflexo da discriminação enfrentada por esses indivíduos na sociedade em geral, que ainda vê a homossexualidade como anormal e desviante. Nesse sentido fala-se em homofobia, termo utilizado e associado ao preconceito contra os homossexuais. O preconceito contra os homossexuais, isto é, a homofobia, no trabalho pode ser percebido sob diversas ações de gestão organizacional que levam o indivíduo homossexual à demissão, a ser vítima de sanções e punições não decorrentes de mau comportamento ou desempenho ruim, mas à retaliação de oportunidades, à exclusão social dentro da empresa. Partindo do pressuposto de que o preconceito é historicamente construído podemos afirmar que ninguém nasce preconceituoso, mas que a educação, a vivência em família, na escola, na comunidade torna as pessoas preconceituosas. Daí a necessidade de ações afirmativas mais sistemáticas para trabalhar o respeito à livre expressão sexual.

"Todos gritamos contra o preconceito, mas nenhum de nós está livre dele". (SPENCER).

---

[108] Comunicação Social e Habilitação em Relações Públicas; Especialista em Psicologia Organizacional e Trabalho E-mail de contato com o autor: notria21@hotmail.com

[109] Psicólogoe mestre thiagodealmeida@thiagodealmeida.com.br Home Page: http://www.thiagodealmeida.com.br/site

[110] Maria Luiza Lourenço –Bibliotecária pela Faculdade de Educação da USP (FEUSP).

A discriminação baseada na orientação sexual no ambiente de trabalho é bastante comum (CHUNG, 1995). Em virtude disso, a luta contra a discriminação, o preconceito e a violência dirigida contra homossexuais vêm se tornando questão de destaque no que se refere à mobilização por parte dos grupos homossexuais. O que se percebe é que as diretrizes de igualdade e proteção aos homossexuais constituem, na verdade, mais a exceção do que a regra propriamente dita.

Em seus estudos, Croteau (1996) afirma ainda haver preconceito quando da revelação da orientação sexual no ambiente de trabalho. Apesar de ser visto como um fenômeno complexo oriundo de diversas causas, grupais ou individuais, é possível definir o preconceito como “atitude hostil ou negativa para com determinado grupo, baseada em generalizações deformadas ou incompletas”, segundo Aronson, (1999) *apud* Nunan (2003, p. 59).

Argumenta-se que o preconceito contra homossexuais no ambiente de trabalho é reflexo da discriminação enfrentada por esses indivíduos pela sociedade que geralmente ainda percebe o homossexualismo como um conjunto de atitudes anormais e desviantes. Nesse sentido, fala-se em homofobia, termo utilizado e associado ao preconceito contra os homossexuais. (Weinberg, 1972)

Derivada das palavras gregas homos que quer dizer “o mesmo” e phobikos que quer dizer “ter medo e/ou aversão a”, a palavra homofobia foi utilizada oficialmente por George Weinberg, em 1972, no seu livro: “A Sociedade e o Homossexual Saudável”. Usada para definir a repulsa de alguns indivíduos face às relações afetivas e sexuais entre pessoas do mesmo sexo, a homofobia é caracterizada pelo medo e desprezo pelos homossexuais, muitas vezes por se considerar crenças que assumem que a heterossexualidade é a única forma de sexualidade normal, natural, aceitável e, portanto, hegemônica (Silva, 2007).

Defendida também como o medo que algumas pessoas têm delas próprias serem homossexuais ou de que outras pessoas as vejam ou

percebam como tais, a homofobia inclui preconceito, discriminação, abuso verbal e atos de violência originados por esse medo e ódio – o tratamento e as atitudes dos colegas diante do gay (seja por medo de serem confundidos como membros do grupo gay, seja para não se excluírem do grupo dominante ao qual pertencem), são tendenciosas ao afastamento e à discriminação. Assim, identifica-se homofobia até mesmo em homossexuais que vivem em constante gerenciamento da identidade homossexual (seja para se adequarem ao ambiente hostil, seja para manter segredo da orientação sexual); e também, em algumas situações, negam a própria homossexualidade por meio de atitudes e comportamentos característicos de heterossexuais, por medo ou para evitar sanções e comportamentos homofóbicos. Por esta perspectiva, infere-se que a homofobia engendra um círculo vicioso, no qual ela mesma se retroalimenta.

De acordo com Whitam & Mathy *apud* Chung (1995, p. 179) é possível identificar gays e lésbicas que evitam colaborar com grupos de trabalho cujos membros são gays e lésbicas assumidos por medo de serem vistos como tais. Também evitam relacionamentos informais no ambiente de trabalho para não induzirem seu pertencimento ao grupo e para não sofrerem possíveis pressões quanto a não-revelação da orientação sexual. Em alguns casos, percebe-se que os motivos que os levam a agir dessa forma não dizem respeito a preconceitos e discriminações, mas sim à tentativa de manutenção da orientação sexual sob sigilo. Infere-se que alguns homens utilizam a hostilidade e a violência contra os homossexuais como forma de se sentirem mais seguros com a sua sexualidade. Com o intuito de entender melhor os motivos que levam as pessoas a agirem de forma agressiva, intensa e radical contra os homossexuais, psicólogos dedicam-se a descobrir a origem da homofobia, de forma a combatê-la. Para complementar esta discussão Dias (2002) comenta que:

> Ainda que se desconheça a origem da homossexualidade, o certo é que se trata uma tendência não decorre de uma escolha livre. Se tivesse opção, muitos homossexuais preferiam não o ser. Assim, como a atração por uma pessoa do mesmo sexo não nasce de um ato de vontade, nada justifica o desrespeito às expressões minoritárias da

> sexualidade, revelando-se de todo desarrazoada a total indiferença diante da diferença. (p. 48).

Na tentativa de justificar o preconceito por parte dos homens heterossexuais, teóricos como: Chung, (1995), Fassinger (1995), Pope (1995), e Prince (1995) afirmam que ao odiar os homossexuais, eles podem reafirmar a si próprios de que não são gays, especialmente se tiverem dúvidas quanto a sua própria orientação sexual. Sob essa análise, a defensividade em relação à sua própria sexualidade é uma fonte comum de hostilidade das pessoas contra os homossexuais. Esta explicação para a homofobia é a mais antiga, existindo pelo menos desde 1914, quando Sandor Ferenczi, seguidor de Freud, propôs a tese de que os sentimentos de nojo, sobretudo, em relação aos homens homossexuais por parte dos homens heterossexuais são defensivos e, portanto, caracteriza-se como uma reação contra a sua atração semelhante por outros homens.

Outro motivo apontado como justificativa dos maus tratos dados aos homossexuais associa-se a crença de que relacionamentos entre pessoas doenças do mesmo sexo possam ser responsáveis pelo aumento de infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) em relação à disseminação de ISTs entre práticas afetivoa e sexuais entre a população heterossexual (ALMEIDA, 2007 PETRILLI FILHO, 2004). Quando no auge da descoberta da AIDS e de outras doenças afins, os níveis de homofobia contra esse grupo minoritário eram altos, por serem os homossexuais os mais atingidos por essas doenças. As pessoas acreditavam ser possível contrair a doença por meio do contato físico com os homossexuais e, mesmo diante de esforços de educação nesse sentido, o medo da AIDS tornou-se a razão adicional porque lésbicas, gays e bissexuais não são bem-vindos em diversos ambientes, segundo McQuarrie (1998). Com o tempo, em virtude da transmissão de conhecimento viabilizada por campanhas sociais, a discriminação e o preconceito contra os portadores do vírus HIV diminuíram, mas contra os homossexuais não.

Hedgpeth *apud* Hetherington, Hillerbrand e Etringer (1989) ao estudar as leis que tratam da discriminação e os direitos civis de gays e lésbicas, notou

que “até pouco tempo, nenhuma proteção era dada a esse grupo no que se refere ao preconceito decorrente da orientação sexual que possuem” (p. 452). Embora já se percebam proteções legais estendidas a alguns casos vivenciados por eles, os autores afirmam que a proteção dos gays nos âmbitos federal, estadual, administrativo e judicial tem sido esporádica e irreal. O preconceito contra homossexuais ainda é admitido abertamente em muitos países, não havendo legislação, punição ou qualquer outra sanção para aqueles que taxam os homossexuais de anormais, imorais e doentes.

Como reflexo da sociedade, as organizações de trabalho, também não estão livres de preconceitos para com esse grupo minoritário. É comum ser identificado ambientes profissionais bastante conservadores, o que inviabiliza a manifestação da orientação homossexual nas relações de trabalho e, nesse sentido, Mickens (1994) afirma que “as organizações devem ter entre suas políticas uma que vise a reduzir a discriminação no ambiente de trabalho” (p. 264). Ainda segundo este autor:

(1) para ganhar a confiança dos trabalhadores homossexuais, essas políticas são necessárias, vez que muitos gays e lésbicas vivem constantemente experiências negativas no trabalho por não haver repreensão por parte da organização;
(2) Reflete que a ignorância seja o problema, pois muitas empresas investem em gestão de diversidade, de maneira a destacar harmonia e moralidade associando-os ao ganho de produtividade, mas, no entanto, não o fazem em relação aos gays e lésbicas no trabalho.
(3) Relata que as conseqüências da homofobia possam ser vistas em diversos níveis, estando, inclusive, associada à baixa autoestima do indivíduo gay.

Carreira e desenvolvimento profissional dos homossexuais.

O comportamento vocacional de lésbicas, gays e bissexuais foi constantemente ignorado pela literatura antes de 1980, vindo à tona somente nos últimos anos, como ponto de discussão inicial a respeito do

desenvolvimento de carreira dessa população. Embora Chung e Harmon (1994) tenham conduzido um estudo das diferenças de interesses e aspirações na carreira de homossexuais e heterossexuais, incipientemente é conhecido a respeito dos interesses e escolhas de carreira de lésbicas, gays e bissexuais. Dentre os poucos estudos da época voltados para essa linha de pesquisa, destacam-se: Morgan e Brown (1991), que abordavam modelos teóricos, tendo como base características pessoais e ambientais que influenciavam a decisão de escolha da profissão a ser seguida pelos homossexuais; Hetherington, Hillerbrand & Etringer (1989), por defenderem que os fatores pessoais e ambientais que influenciavam o processo de desenvolvimento de carreira de lésbicas e gays eram diferentes dos fatores que influenciavam o mesmo processo de pessoas heterossexuais; e Chung (1995), por direcionar a discussão para os fatores pessoais, focando os interesses de careira, valores e tarefas dos indivíduos e para os fatores ambientais, destacando as barreiras encontradas no trabalho.

Para Hetherington, Hillerbrand e Etringer (1989) “a orientação sexual tem relação com o processo de decisão de carreira do indivíduo gay” (p. 454). Esses autores distinguem a decisão de carreira entre os homossexuais e heterossexuais pelo fato de aqueles poderem ser agrupados com base em: estereótipos sociais sobre “ocupações homossexuais”; discriminação no trabalho, especialmente a discriminação do gay em decorrência da infecção do HIV; e no limitado número de gays visíveis, ou seja, gays assumidos e no estilo de vida homossexual afetando relacionamentos interpessoais.

Ao se referirem a “ocupações homossexuais”, afirmam que culturas gays e lésbicas constituem estereótipos baseados em carreiras seletivas – lésbicas ocupam-se com futebol, enquanto gays ocupam-se com arte, decoração, salões de beleza, isto é, “as atividades ocupacionais tradicionalmente masculinas estão ligadas às lésbicas, enquanto que as tradicionalmente femininas aos gays”. (MORROW, GORE E CAMPBELL, 1996, p. 143).

De acordo com esses autores, as aspirações de carreira dos indivíduos homossexuais seriam consideradas não-tradicionais, chegando a essa conclusão por meio da exploração da relação entre interesse de carreira e

orientação sexual. De acordo com Whitam & Mathy *apud* Chung (1995, p. 179): “o indivíduo gay tende a não gostar de profissões que envolvem manipulação de maquinários pesados e esforços físicos” (serviço militar, por exemplo). Segundo os autores, a influência da orientação sexual não se dá somente na escolha das profissões, mas também no campo de exercício da profissão e, em virtude disso, há um estereótipo comum de que lésbicas e gays são atraídos para ocupações consideradas não-tradicionais para o gênero.

Chung (1995) argumenta haver discriminação também no exercício da profissão. Segundo ele, há pessoas heterossexuais que não aceitam o exercício de certas profissões pelos homossexuais, a exemplo de professor, clérigo, babá e outros. O argumento para tal fundamenta-se na potencial influência que o indivíduo gay teria em sua relação com as demais pessoas, em especial com as crianças, podendo persuadi-las a aceitar e acreditar que a orientação sexual minoritária é “normal”.

A este respeito, Morrow, Gore e Campbell (1996) defendem que os pesquisadores estão reconhecendo a importância de se incluir minorias sociais na Teoria de Carreira. Esses autores aplicaram a Teoria Sociocognitiva de Carreira (original de Lent e colaboradores, 1994 apud Morrow, Gore e Campbell (1996) aos indivíduos gays e lésbicas e descreveram como a carreira e os interesses acadêmicos são desenvolvidos durante a vida do ser humano; como esses interesses são transformados em objetivos e como tais objetivos são traduzidos em estudos e ações relacionadas à carreira. De acordo com Lent e colaboradores, *apud* Morrow, Gore e Campbell (1996), a essência dessa teoria dá-se no fato de “o indivíduo desenvolver interesse de carreira por atividades em que se sinta eficiente e, ao mesmo tempo, consiga prover resultados desejáveis e positivos” (p. 137), destacam, ainda, a importância do ambiente ao moldar tais interesses e transformá-los em objetivos e ações voltadas para a escolha e desenvolvimento da carreira. Ao trazerem essa teoria para o âmbito dos indivíduos gays, esses autores avaliam os fatores de influência no desenvolvimento da auto-eficiência e do alcance de resultados, bem como as barreiras ambientais relacionadas aos interesses, objetivos pessoais e chances de carreira desse grupo. De acordo com Kates *apud* Nunan (2003), o fato de os homossexuais serem percebidos como

diferentes pela sociedade, contribui para restringir oportunidades de desenvolver a autoeficiência, isto é, em virtude da homofobia por parte de parentes e amigos, crianças de qualquer orientação sexual que têm afinidade por atividades tidas como incongruentes para o gênero pensam não estarem aptas a enfrentar tais experiências de discriminação e acabam não aderindo à prática dessas atividades (exemplo de homem que faz balé e outros tipos de dança).

> A persuasão social opera no sentido de encorajar as crianças a engajarem e optarem por atividades congruentes ao gênero, e com os interesses desenvolvidos, os indivíduos começam a estabelecer objetivos e atividades para prática. Em um ambiente de suporte, esses objetivos são traduzidos em ações – a Teoria Sociocognitiva defende que as forças pessoais e ambientais servem de barreiras de transformação de interesses em objetivos e de objetivos em ações, havendo assim uma relação entre as variáveis. (MORROW, GORE e CAMPBELL, 1996, p. 141)

Herr e Cramer *apud* Nauta, Saucier & Woodard (2001) afirmam que os estereótipos, a discriminação, as barreiras ambientais e outras dificuldades impedem o desenvolvimento de carreira dos homossexuais. A este respeito, teóricos como: Chung, (1995); Fassinger, (1995); Pope, (1995) e Prince, (1995) sugerem que a decisão de carreira do grupo LGBT (lésbicas, gays, bissexuais e transgêneros) é particularmente difícil se comparada à decisão de carreira dos indivíduos heterossexuais. Chung (1995) defende que os valores em relação ao trabalho (comprometimento, condições de trabalho, ambiente interpessoal, segurança, autonomia) desempenham um importante papel no processo de escolha da carreira do indivíduo. Para o autor, soma-se a esses critérios outro até mais importante: expressar a orientação sexual no ambiente de trabalho, a exemplo de dispor uma foto do parceiro na mesa, discutir com os colegas sobre atividades que envolvem o parceiro, participar de eventos externos tendo o parceiro como acompanhante e outros. Essa importância de expressar a própria orientação sexual no trabalho aparenta ser mais relevante para os homossexuais do que para os heterossexuais, Chung (1995) afirma

que, no entanto, “há diferenças individuais entre gays, lésbicas e bissexuais no que se refere aos valores de trabalho”(p.180)

Segundo Fassinger *apud* Nauta, Saucier & Woodard (2001), outro fator de impacto na escolha e desenvolvimento de carreira do homossexual é o suporte de pessoas consideradas importantes para ele. Como conseqüência, muitos homossexuais escolhem a profissão tendo como base o ambiente de trabalho, ambiente esse que permita a expressão de sua sexualidade, tanto para os que já são assumidos como para outros públicos (família e amigos, por exemplo) e buscam se manter assim em todos os seus papéis sociais.

Considerações finais

Embora a Constituição Brasileira de 1988 tenha trazido avanços importantes quanto à valorização da diversidade humana, no sentido de rejeitar qualquer tipo de discriminação de raça, gênero, sexo, crenças religiosas, idade e defender a igualdade de direitos, a liberdade e o respeito às diferenças humanas, acredita-se que muito ainda há por se fazer. Nessa linha de raciocínio, os homossexuais têm se organizado em movimentos que buscam cada vez mais alcançar objetivos comuns a esse grupo minoritário com vistas a buscar soluções para problemas além daqueles ligados ao preconceito e à discriminação. Na contemporaneidade, dada a radicalidade com que emergem as forças conservadoras orientadas pelo saber judaico-cristão e pela intransigência da família patriarcal, a violência contra os homossexuais ainda faz parte do cotidiano e é amplamente divulgada na imprensa nas cidades de pequeno e médio porte. Entendemos que a violência contra o indivíduo homossexual, assim como com os negros e as mulheres, ao longo da história da sociedade brasileira sempre esteve associada à visibilidade e a forma com que é ocupado o espaço público. Para os setores conservadores visualizar as camadas subalternas articulando-se e reivindicando espaço de igual valor entre os interesses que circulam a polis, opera-se como afronta à tradição.

Não raramente, a homossexualidade, o homoerotismo são considerados como atitudes anormais, desviantes e estranhas que evidenciam padrões de

comportamento e convívio sociais não determinados pela sociedade. Infelizmente, uma seqüela de 6.000 anos de patriarcalismo consequenciou uma herança cultural brasileira que alocou a homossexualidade no campo do proibido, e quem ousar falar, defender, produzir conhecimento ao seu redor, lutar por sua visibilidade, pode estar sujeito a se insurgir contra todo um sistema dominante do pensamento e também ser considerado desviante. Em uma sociedade tradicionalmente patriarcal como é a brasileira, no sistema classificatório referente à sexualidade, tem-se a categoria heterossexual como referencial de normalidade; e a homossexual como categoria anômala negativamente sancionada. Contudo, é interessante poder observar que já existe uma predisposição da sociedade para debater este tema tão polêmico para alguns e tão natural para outros. A visão positiva da homossexualidade ainda está ofuscada pelo medo e pelo ódio infundados, baseados em mero preconceito.

Assim sendo, o conceito de inclusão social somente será eficaz e terá sentido se levar em consideração os direitos do ser humano em práticas universalistas e agregadoras. Portanto, todo ser humano, seja caracterizado como heterossexual, seja como homossexual, tem o direito à autoaceitação, às relações sociais positivas, orientadas pelo respeito, qualificação e acolhimento, à autonomia, à determinação de sua própria vida e realizações, à autoestima, à razão de viver e ao crescimento pessoal e social. Ao que se refere ao preconceito, discriminação e homofobia, as atitudes e comportamentos internos ao ambiente de trabalho demonstram discriminação sob diversas formas e muitas vezes, de maneira velada e discreta.

Contudo o preconceito contra os homossexuais no trabalho pode ser percebido sob diversas ações de gestão organizacional que levam o indivíduo homossexual à demissão, a ser vítima de sanções e punições não decorrentes de mau comportamento ou desempenho ruim, mas à retaliação de oportunidades, à exclusão social dentro da empresa. Isso, embora não aconteça em todos os lugares, pode ser aqui ressaltado como situações freqüentes em diversos ambientes de trabalho que compõem o mercado de empregos, havendo uma ou outra exceção que exime o homossexual de viver tais situações, estando essa exceção relacionada ao tipo de empresa em que

se trabalha, ao tipo de vínculo empregatício, e principalmente, ao ambiente de inserção do empregado homossexual. Enfim, o preconceito e a humilhação não podem superar o desejo de ser feliz e intimidar o desejo de liberdade das pessoas e os direitos a viverem em sociedade.

Referências

ALMEIDA, Thiago de. Amor e sexualidade na Contemporaneidade: a perspectiva homoerótica do enamoramento. In: XI Congresso Brasileiro De Sexualidade Humana: Amor & Sexo na Contemporaneidade, 2007. Anais do XI Congresso Brasileiro De Sexualidade Humana: Amor & Sexo na Contemporaneidade, 2007.

CHUNG, Y. Barry. Career decision making of lesbian, gay and bisexual individuals. *The Career Development Quarterly***,** v. 44, n. 2, p. 178-186, dez. 1995.

CHUNG, Y. Barry. & HARMON, Lenore. W. The career interests and aspirations of gay men: howsex-role orientation is related. *Journal of Vocational Behavior***,** v. 45, p. 223-239, 1994.

CROTEAU, James. M. Research on the Work Experiences of Lesbian, Gay and Bisexual People: an Integrative Review of Methodology and Findings. *Journal of Vocational Behavior***,** v. 48, n. 18, p.195-209, 1996.

DIAS, Maria Berenice. *União homossexual. Aspectos sociais e jurídicos.* Homepage disponível na internet. Http://www.mariaberenicedias.com.br. Acesso em: 12 de setembro 2007.

FASSINGER, R. From invisibility to integration: lesbian identity in the workplace. *The Career Development Quarterly***,** v. 44, n. 2, p. 148-161, dez. 1995.

HETHERINGTON, C.; HILLERBRAND, E.; ETRINGER, B. D. Career Counseling with Gay Men: issues and recommendations for research. *Journal of Counseling and Development,* v. 67, n. 8, p. 452-454, abr. 1989.

MCQUARRIE, F., A. E. Expanding the concept of diversity: discussing sexual orientation in the management classroom. *Journal of Management Education*, v.22, n.2, p.162 – 172, 1998.

MICKENS, E. Including sexual orientation in diversity programs and policies. *Employment Relations Today***,** v. 21, n. 3, p. 263-275, ago. 1994.

MORGAN, K. S.; BROWN, L. S. Lesbian career development, work behavior and vocational counseling. *The Counseling Psychologist***,** v. 19, n. 2, p. 273-291, abril, 1991.

MORROW, S. L.; GORE, P. A.; CAMPBELL, B. W. The application of a sociocognitive framework to the career development of lesbian women and gay men. *Journal of Vocational Behavior***,** v. 48, n. 14, p. 136-148, 1996.

NAUTA, M. M.; SAUCIER, A. M.; WOODARD, L. E. Interpersonal Influences on Students' Academic and Career Decisions: the impact of sexual orientation. *The Career Development Quarterly,* v. 49, n. 4, p. 352-362, jun. 2001.

NUNAN, A. *Homossexualidade:* do preconceito aos padrões de consumo. Rio de Janeiro: Caravansarai, 2003.

PETRILLI FILHO, J.F. *Vulnerabilidade às IST/aids entre atiradores do serviço militar obrigatório*: uma apreciação sociocomportamental, 2004. 189 f. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP), USP, Ribeirão Preto 2004.

POPE, M. Career interventions for gay and lesbian clients: a synopsis of practice knowledge and research needs. *The Career Development Quarterly***,** v. 44, n. 2, p. 191-198, dez. 1995.

PRINCE, J. P. Influences on the career development of gay men. *The Career Development Quarterly***,** v. 44, n. 2, p. 168-174, dez. 1995.

SILVA, J. A. *H & H: Homoerotismo e Homofobismo masculino no mercado de trabalho*. 2007. TCC(Trabalho de Conclusão de Curso) - Faculdade Frassinetti do Recife/FAFIRE, Recife, 2007.

SPENCER, G*. How to argue and win every time***.** New York.: St. Martin's Press, 1995.

VIOLÊNCIA SEXUAL: VELADA OU REVELADA?

Beatriz Borges Brambilla,

Hilda Rosa Capelão Avoglia,

Luana Carramilo-Going

Resumo

A violência sexual contra crianças e adolescentes têm sido considerada um grave problema social e político devido aos altos índices de incidência e às sérias conseqüências para o desenvolvimento cognitivo, afetivo e social da vítima e de sua família. É nesse contexto que o presente trabalho descreve a vivência profissional em um projeto social da periferia de Diadema-SP, em que a violência sexual permeia a vida das crianças, sendo estas sexualizadas precocemente, com exposição a materiais pornográficos incitação da sexualidade. O trabalho busca descrever a percepção da comunidade em relação a este tipo de violência, problematizar a noção de violência velada e revelada e discutir os aspectos éticos e sociais envolvidos na atuação compromissada com a garantia dos direitos da criança e do adolescente dessas populações em situação de vulnerabilidade social.

Palavras-Chave: Violência sexual – direitos da criança e do adolescente – vulnerabilidade social e ética.

Violência sexual segundo Habigzang, Koller, Azevedo e Machado (2005) pode ser definida como qualquer contato ou interação entre uma criança ou adolescente e alguém em estágio psicossexual mais avançado do desenvolvimento, na qual a criança ou adolescente estiver sendo usado para estimulação sexual do perpetrador. A interação sexual pode incluir toques, carícias, sexo oral ou relações com penetração (digital, genital ou anal). O abuso sexual também inclui situações nas quais não há contato físico, tais

como *voyerismo*, assédio e exibicionismo. Estas interações sexuais são impostas às crianças ou aos adolescentes pela violência física, ameaças ou indução de sua vontade.

Muitos trabalhos científicos descrevem aspectos relacionados a violência sexual intra-familiar, o presente trabalho pretende apresentar uma realidade de duas comunidades em Diadema, a favela Naval e a favela da Coca. Nessas comunidades a violência sexual, no âmbito da exposição da criança e do adolescente a sexualidade precoce se concretiza coletivamente, para a comunidade é natural a criança ser ensinada e inserida na cultura da sexualidade, através da exposição a vídeos e revistas pornográficas, músicas e acompanhamento das relações sexuais dos pais.

É nesse contexto que discutiremos a noção de violência sexual, o abuso sexual e a exploração sexual de crianças vêm se tornando um tipo de maus-tratos na infância cada vez mais difundido, com implicações psicossociais, legais e médicas (Kaplan e Sadock, 1990). Entretanto, a violência física e sexual com crianças e adolescentes ainda é um fator de surpresa em nossa sociedade (Flores e Caminha, 1994).

Para Sugar (1992) o fato de que muitas pessoas, inclusive profissionais, têm dificuldade de aceitar que o abuso sexual de crianças ocorra com aqueles de variado grau de consangüinidade e de proximidade.

Os maus-tratos na infância para Habigzang, Koller, Azevedo e Machado (2005) representa uma doença médico-social que está assumindo proporções epidêmicas e se tornando cada vez mais arraigada na população. Os maus-tratos na infância variam desde a privação de alimentos, roupas, abrigo e amor parental, até incidentes nos quais as crianças são fisicamente maltratadas por um adulto, resultando em traumas óbvios à criança e freqüentemente levando ao óbito. Ainda, segundo esses autores, os maus-tratos na infância constituem um aspecto da violência social que está insidiosamente se infiltrando na sociedade e reflete-se em todas as estatísticas sobre crimes.

O Estatuto da Criança e do Adolescente em seus artigos 245, 13 e 136, indica em parte o fluxo a ser seguid

o pela revelação/denúncia de maus tratos contra crianças e adolescentes (nos quais se inclui o abuso sexual). O artigo 245 determina que os profissionais e gestores de estabelecimentos de atenção à saúde e de ensino devem comunicar a autoridade competente as situações de maus tratos.

O presente trabalho tem por objetivo descrever o processo de identificação da cultura da violência sexual, as implicações subjetivas vivenciadas pelas crianças e a percepção do conselho tutelar e da família sobre violência sexual.

Método

Foi realizado um acompanhamento semanal, durante um ano, de um grupo de crianças em que se foi identificando as situações de violência. Foi desenvolvido uma oficina de argila com as crianças a fim de investigar a situação.

A oficina descrita neste trabalho foi denominada “brincando com argila” e teve duração de 2 horas e 30 minutos.

PARTICIPANTES

Participaram deste trabalho 10 (dez) crianças de 07 à 08 anos de idade integrantes de um projeto social e educacional de Diadema-SP.

LOCAL

A oficina foi desenvolvida em uma sala previamente disponibilizada nas instalações do projeto – Diadema- SP.

INSTRUMENTOS -Argila, água e jornal.

PROCEDIMENTOS

Todos os encontros eram iniciados com uma conversa entre as crianças e a equipe, após este momento, a proposta de trabalho para o encontro era apresentada. Neste encontro, forramos o chão com o jornal e colocamos água e argila no chão para o uso. Sentamos todos em circulo e começamos a pensar sobre o que é e como é ser menino, menina quando criança e quando adulto. Após esta conversa as crianças passaram a brincar com argila e construírem “meninos e meninas de argila”.

CONSIDERAÇÕES SOBRE OFICINA

Como mencionado anteriormente este grupo de crianças foi acompanhado durante um ano, e o encontro aqui descrito foi planejado com base nos encontros anteriores com o grupo de crianças. O cotidiano deste grupo de crianças era permeado por exposição a violência, pornografia, submissão feminina e abuso do poder masculino. As crianças expressaram em diversas ocasiões as tramas e dramas vividos pelos pais e mães em casa, e ao falarem sobre as relações familiares, refletiam em como seria o futuro. Nesse contexto a oficina de argila além de identificar as relações da crianças com a violência sexual, também poderia oferecer um espaço para constituição da identidade e reflexão sobre os papéis e funções sociais do homem e da mulher.

As crianças construíram bonecos do sexo feminino e masculino, enfatizaram os órgãos genitais e características sexuais, durante a construção dos bonequinhos de argila, o encontro suscitou as diversas formas de se relacionar entre homens e mulheres, o que é próprio do homem e o que é próprio da mulher, exclusividades, preconceitos, machismo, relacionamento homossexual e heterossexual.

Como mencionado havia uma hipótese de uma iniciação sexual precoce e de exposição a violência sexual, nesse contexto, solicitamos reunião com o conselho tutelar a fim de investigar e comunicar as vivências das crianças.

A ATUAÇÃO DO CONSELHO TUTELAR

Nesta reunião com o conselho tutelar foram expostas as situações relatadas pelas crianças de situações de violência sexual, como exposição ao material pornográfico, acompanhamento da vida sexual dos pais e iniciação a vida sexual.

Os conselheiros disseram que esta era a realidade daquela comunidade, que isso que chamávamos de violência sexual estava sendo compreendida equivocadamente, pois esta era a cultura do bairro. O CT foi questionado em relação a postura, mas manteve a postura em relação ao que era ou não violência sexual.

OS PAIS

Também nos reunimos com os pais a fim de conversarmos sobre o desenvolvimento dos filhos e como era a exposição a conteúdos sexuais, os pais disseram que as crianças acompanham-nos em todas as atividades, e que vez ou outra acabam ouvindo algo, vêem na televisão a sessão pornô, tem acesso as revistas dos irmãos mais velhos, mas para os pais isso também é algo natural, que um dia entrariam em contato mesmo. Problematizamos com os pais o envolvimento dos filhos nessa exposição a conteúdos sexuais e os mesmos disseram desconhecer que não seria bom para os filhos.

CONSIDERAÇÕES

O presente trabalho resgata aspectos éticos da atuação do psicólogo frente a criança e o adolescente exposta a situações de vulnerabilidade e violências, denuncia as lacunas no sistema de proteção e garantia dos direitos por parte do CT e da sociedade civil.

Há uma naturalização da violência sexual simbólica entre os membros da comunidade, o trabalho desenvolvido buscou problematizar quais as implicações psicológicas e sociais da criança que sofre essa violência sexual velada, que acaba sendo revelada a todos, como expressão de uma cultura local.

REFERÊNCIAS

FLORES, R. Z; CAMINHA, R. M. **Violência sexual contra crianças e adolescentes: Algumas sugestões para facilitar o diagnóstico correto.** *Revista de Psiquiatria do RS. (1994)*

HABIGZANG, L. F; KOLLER, S. H; AZEVEDO, G. A; MACHADO, P, M. **Abuso sexual infantil e dinâmica familiar: aspectos observados em processo jurídicos.** Psicologia: Teoria e Pesquisa. Vol. 21. Brasília, 2005

KAPLAN. H. I; SADOCK, B. J; GREBB, J. A. **Compêndio de psiquiatria: Ciências do comportamento e psiquiatria clínica.** (7ª ed.). Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

SUGAR, M. ***Abuso sexual de crianças e adolescentes.*** *In: M. Sugar (Org.),Adolescência atípica e sexualidade (pp. 177-186). Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.*

MOVIMENTO HIP HOP: ESPAÇO POTENCIAL DE CRIATIVIDADE E DE ESPERANÇA PARA A JUVENTUDE CONTEMPORÂNEA?

Rodrigo Clemente Ballalai[111]

Olga Ceciliato Mattioli[112]

"O lado certo a maioria diz que tá errado... o lado errado 0 a 100 ganhando disparado/ O que fazer pra eu mesmo poder responder?". [113]

O questionamento ético e contundente do jovem "*rapper*", que se vê perplexo diante de um cenário vivido de absoluta crise de valores e desigualdades de oportunidades, parece convocar os outros "manos" para ajudá-lo a pensar numa resposta que a primeira vista não encontra solução.

Esse é o emblema, a marca de um movimento cultural e político que nasce num lugar distante, à margem das refinadas produções culturais que figuram no mapa daquilo que convencionamos chamar de "arte".

Nessa "outra arte", uma arte engajada, carrega consigo o significado de quem é da periferia, e dia-a-dia se expande para cada rincão do nosso país-continente.

Para os mais desavisados, o Hip Hop parece contrariar a tese de que seria mais um fenômeno passageiro de uma tribo urbana juvenil. Diversificados meios de comunicação, bem como acadêmicos e artistas contemporâneos reafirmam sua força enquanto produção artística e política de uma "cultura da periferia".

O cantor e compositor Chico Buarque declarou em entrevista ao jornal Folha de São Paulo (2004), que o Rap (o elemento musical do movimento hip hop) se constitui como fenômeno musical do século vinte e um, em

[111] Psicólogo. Mestrando em Psicologia e Sociedade Unesp Assis.
[112] Orientadora do Programa de Pós Graduação Unesp Assis.
[113] Música Lado Certo, Lado Errado 2. Composição: Grupo Elementos B (2007).

contraposição às canções do século vinte, assim como as músicas líricas são expressões musicais do século dezenove. Ainda destaca positivamente o significado das canções de reivindicação social serem criadas por pessoas que vivem nas periferias das cidades, fato que difere das produções anteriores, notoriamente nascidas nas classes média e alta da sociedade.

O meio acadêmico tem apresentado um crescente interesse e produção a respeito do movimento hip hop brasileiro. Fundamentalmente os estudos realizados tiveram como objetivo central as questões étnico-raciais da juventude negro-descente (SCANDIUCCI, 2006), o protagonismo histórico-cultural dos jovens pertencentes ao movimento *hip hop* e sua forma peculiar de socialização (MAGRO, 2002; DAYRELL, 2002) e seus participantes como agentes de uma narrativa do Brasil que não está no discurso hegemônico (SILVA; SOUZA, 1999).

Contudo, as leituras psicológicas, sobretudo as que privilegiam os aspectos psicodinâmicos sobre o movimento hip hop podem ser considerados escassos nas universidades brasileiras.

Buscaremos apresentar algumas leituras psicanalíticas privilegiando as teorias winicottianas sobre esse fenômeno cultural contemporâneo, apresentando inserções de uma canção de rap, como emblema das posteriores discussões teóricas.

Ao aproximarmos as teorias psicanalíticas do movimento hip hop, encontraremos em grande medida - dentre tantos outros elementos possíveis de uma escuta psicanalítica - o ingrediente fundamental da criatividade nesse efervescente caldeirão cultural.

Poderemos compreender aqui o conceito de criatividade dentro das contribuições de Donald Winnicott, que não necessariamente enfatiza as criações artísticas ou geniais. No seu artigo “A criatividade e suas origens” (1975), destaca a apercepção criativa mais do que as criações bem sucedidas ou aclamadas, em contraposição a uma vida submissa às realidades externas.

Sua contribuição acerca da criatividade é o espaço central que ela ocupa na existência do indivíduo. Compreendendo este conceito como o sentido de

se estar vivo e de viver uma vida que valha a pena, portanto uma importante parte da experiência de vida de cada sujeito (WINNICOTT, 2005).

A teoria de Winnicott acerca da criatividade difere das contribuições de Freud e Melanie Klein, como aponta Abram (2000, p.84):

> De forma bastante resumida, segundo Freud, a criatividade do adulto está vinculada a sua teoria da sublimação. Já para Melanie Klein, a criatividade associa-se a aspectos reparadores inerentes à posição depressiva (que se estabelece algumas semanas ou meses após o nascimento).

Com seus trabalhos a partir da década de 50, Winnicott situa a criatividade no centro e no início da relação primordial mãe-bebê, matriz da relação do sujeito com o mundo no sentido amplo (experiência cultural, posicionamento frente à realidade externa), desenvolvendo seu conceito de criatividade primária. Criatividade primária que se apresenta como um impulso inato que se dirige à saúde (Idem, 2000).

As raízes da criatividade enquanto “fazer que emerge do ser”, remetem-se ao modo como os bebês criam onipotentemente o mundo e os objetos que os cercam.

“Para o bebê isso não é difícil, porque se a mãe consegue adaptar-se às suas necessidades, o bebê não toma conhecimento do fato de que o mundo já estava lá antes de ele(a) ter sido concebido(a) ou sequer pensado(a)” (WINNICOTT, pg. 25, 2005).

Winnicott relaciona, portanto, a criatividade com a capacidade de ver o mundo e experimentá-la em termos originais como “novos olhos”, inclusive nas expressões estéticas (GROLNICK, 1993).

O conceito de criatividade, ou de algo original poderia inicialmente contrastar com o movimento hip hop enquanto uma expressão artística já pré-determinada, propagada pela poderosa indústria cultural norte-americana,

buscando novos nichos de consumidores jovens. Assim como ocorre no '*mainstream'* norte-americano.

Sendo um fenômeno propagado globalmente, notadamente comercializado pelo modo de se vestirem e pelo som dos populares *rappers* norte-americanos, poderemos nos questionar se o hip hop já estaria tragado pela lógica de consumo de uma sociedade massificante, e, portanto, uma expressão estética devidamente apropriada pelo mercado, sem espaço para criação ou originalidade.

O próprio Winnicott adverte que em determinados momentos históricos as atividades que indicam que o indivíduo está vivo não passam de reações a estímulos, diferindo do fazer autêntico e criativo decorrentes do sentimento de ser (WINNICOTT, 2005).

Dessa maneira, poderemos reafirmar as considerações de Winnicott ao reconhecermos em nosso momento histórico (de pós-modernidade ou modernidade tardia), a condição de extremado desamparo social imputada a uma significativa parcela da sociedade.

Desamparo que fomenta aquilo que Pierre Bordier, descreve como 'violência simbólica', "que perpetua e submete os sujeitos ao discurso social dominante, promovendo sua adesão aos fundamentos da organização social que lhes atribui lugares marginais. Adesão seguida de conformismo e/ou irrupções de violência" (ROSA, 2002).

O que para Winnicott poderia traduzir-se em morte psíquica, uma vida reativa aos estímulos, sem inovações e principalmente submissa a realidade externa.

Os contornos sócio-culturais e políticos dessa contemporaneidade nos levam a compreender algumas expressões do movimento hip hop por uma condição paradoxal, tal qual ao fato de nascer como um discurso de resistência ao regime neoliberal e ser difundida no bojo da mesma ordem de globalização massificante do cenário mundial.

Aqui poderemos demarcar um novo encontro da teoria winnicottiana com o movimento hip hop - principalmente do movimento hip hop brasileiro-, que é a presença do paradoxo.

O homem 'winnicottiano' é paradoxal já que "temos em nós um núcleo incomunicável. Se o individuo humano é, por um lado, isolado e incognoscível, só pode personalizar-se e conhecer-se com a intermediação do outro" (MAIA, 2007, p. 36/37).

Desse modo, a teoria de Winnicott é paradoxal, pois trata a todo o momento do "equilíbrio instável da condição humana" (Idem, 2007). Outra expressão desse paradoxo é sua afirmação que só conseguiremos sermos originais se tivermos o alicerce nas tradições.

Assim, o movimento cultural e político do hip hop brasileiro, ainda que por vezes paradoxal ou contraditório, parece ainda evidenciar o aspecto da autenticidade, resguardando o espaço potencial criativo dos jovens participantes.

Espaço potencial que para Winnicott alude ao espaço entre a mãe e o bebê, entre o indivíduo e o meio ambiente,

> que se caracteriza por um espaço de cuidado, de atenção das tarefas operativas às subjetivas, propiciando confiabilidade entre os dois. É um espaço-tempo que propicia a experiência de mutualidade, do potencial, do vir a ser, um espaço território de ninguém. Um local que pode acolher o fenômeno da ilusão como potencial da realidade e vice-versa (FERREIRA; MARCONATO, 2007).

Retomando o movimento hip hop, reconheceremos o sentido de autenticidade, da criação de algo original embasado nas tradições, ao contatarmos as "posses" (grupos organizados de Hip Hop) espalhados por todos os estados brasileiros. Verificarmos o Hip Hop 'antenado' com as culturas regionais. Como exemplo, a música Rap junto com o repente e o maracatu no Nordeste, ou com as tradições indígenas, o bumba-meu-boi com a dança

Break e os traços do Grafite, apenas para citar algumas fusões no Hip Hop tupiniquim.

Nestas “posses” o jovem não é integrante do movimento hip hop apenas quando participa das manifestações artísticas, o movimento se expande para outras ações como a difusão das ideologias do hip hop por meio de fanzines e rádios culturais comunitárias, bem como nas iniciativas de empreendimentos fundamentadas na economia solidária[114].

As aproximações do conceito de autenticidade no sentido winnicottiano com movimento Hip Hop brasileiro podem ser reafirmadas pelas suas originais matizes estéticas, sua abrangência territorial, e principalmente pelo chamado quarto elemento do Hip Hop: a “atitude” ou a “consciência”.

Cabe apresentar que os três tradicionais elementos do Hip Hop são a dança *break*, a arte plástica do *grafite* e a música *rap.*

A ‘atitude’ ou a ‘consciência’ como força vital do movimento hip hop, poderia traduzir-se pela explicação winnicottiana para o autêntico, isto é, a sensação de se sentir verdadeiro, em contato com os outros e com o próprio corpo, condição fundamental para que uma vida fosse vivida (GROLNICK, 1993).

E é exatamente pelo poder de contestação social, da reafirmação de suas identidades étnicas e históricas, rejeitando o lugar da exclusão e da subserviência que a “atitude” do Hip Hop se apresenta como espaço potencial de criatividade e elaboração para uma significativa parcela da juventude brasileira.

[114] Economia Solidária é uma forma de produção, consumo e distribuição de riqueza (economia) centrada na valorização do ser humano - e não do capital - de base associativista e cooperativista, voltada para a produção, consumo e comercialização de bens e serviços, de modo autogerido, tendo como finalidade a reprodução ampliada da vida. Assim, nesta economia, o trabalho se transforma num meio de libertação humana dentro de um processo de democratização econômica, criando uma alternativa à dimensão alienante e assalariada das relações do trabalho capitalista.

"Inferior é isso que o sistema quer mais não me abala o coração bate na sola do pé/ Qual é "neguinho", mãos pra traz não senhor, eu bato de frente sem ódio luto pela cor/ [...]"[115].

O trecho da canção "Lado Certo, Lado Errado 2" do grupo de rap Elementos B do interior de São Paulo, ilustra o protagonismo dos jovens rappers. Convocam seus "manos" para luta, para a construção de uma nova lógica de civilidade, para um novo mundo possível, pois são eles que recebem frontalmente as conseqüências de uma sociedade capitalista que perpetua a perversidade e exclusão.

O convite para não submeterem-se ou adaptarem-se passivamente frente a uma realidade cruel, nos remete a uma autêntica capacidade ética das relações estabelecidas por estes jovens.

Vaisberg (2005) destaca que o fundamento emocional para a capacidade ética fora aquilo que Winnicott denominou como capacidade de se preocupar.

> Sua tese é a de que a capacidade de se preocupar depende de integração e crescimento emocional, ou seja, do individuo poder assumir a posição existencial característica daqueles que vivem como unidade estabelecida. Somente alguém já constituído, em termos de self, poderá vir a desenvolver uma verdadeira capacidade de se preocupar (VAISBERG, 2002).

Desse modo, a coletividade, o altruísmo pelos manos que vivem as mesmas agruras sociais, é a bandeira ética levantada pelos participantes do hip hop. Na medida em que propagam seus valores, igualmente vislumbram esperançosamente constituir um espaço de respeito, cuidado, amparo e sustentação pela sua integridade – o *holding* winnicottiano.

O acolhimento buscado ou encontrado no movimento hip hop, traz consigo o sentimento de pertença, o fazer parte de um grupo de iguais.

[115] Música Lado Certo, Lado Errado 2. Composição: Grupo Elementos B (2007).

A proposta da inclusão no discurso dos rappers, acompanha o convite ao pensar, a "tomada de consciência" sobretudo dos mecanismos sociais de desigualdades e a discriminação e o preconceito que essa população enfrenta. Cobrando a resposta, por meio da "atitude", o engajamento e o posicionamento frente a tais mazelas.

Como apresenta Maria Rita Kehl em seu artigo "Radicais, Raciais, Racionais" (KEHL, 2000), no movimento hip hop o tratamento de irmãos ("manos") indica um campo de *identificação horizontal* com um grupo de pessoas iguais, oriundos de uma mesma realidade dolorosa, distinto de uma *identificação vertical* tal como ocorre na grande massa em relação ao líder ou ídolo. Aventuram-se com a chama da alteridade nas mãos, imbuído do sentimento de fratria, rompem com um discurso hegemônico, de não reconhecimento das diferenças e desigualdades que contornam seus pares. Discurso de um país tradicionalmente órfão de pai, sem grandes heróis fundadores da nação, sem apreço pelos antepassados colonizadores, nossa auto-estima e sentido de coletividade encontra-se combalida por tais impossibilidades simbólicas. Os "manos" e as "minas" trazem à revelia um discurso de fraternidade. Ocupando a ausência contemporânea das funções paternas, que pode aconselhar julgar, orientar, referendar.

Reassegurando esforços consistentes para a instalação na sociedade de 'ambientes suficientes bons'.

"O lado certo a maioria diz que tá errado... o lado errado 0 a 100 ganhando disparado/ o que fazer pra eu mesmo responder/ Vou fazer um som, cantar rap "Elementos B"/ De peito aberto e a mente sem poder ser bloqueada, minhas palavras meu colete à prova de bala"[116]

Poderemos concluir que as operações do movimento hip hop possam se constituir como verdadeiros "coletes à prova de bala", protegendo da desintegração que permanece à espreita, num cenário atual de massificação e desorganização subjetiva.

O encontro do movimento hip hop com a Psicanálise, é possível na medida em que ambos acreditam na força da palavra singular. Singularidade

[116] Música Lado Certo, Lado Errado 2. Composição: Grupo Elementos B (2007).

que rompe com o individualismo, pois se dá nas relações com outros sujeitos, no campo das relações sociais. Pensamos que a fala de Spensy Pimentel, pesquisador e participante do movimento *hip hop* é ilustrativa dessa possibilidade de conexão:

> Mas o que significa fazer parte de um movimento que não pede carteirinha nem ficha de filiação? Minha tese: hip hop, irmão, é a palavra que liberta. Pra fazer rap, dançar break ou grafitar, você tem que encontrar a sua palavra. O seu gesto. O seu traço. O seu pensamento. A sua alma. Não é bater palma e pagar pau, é subir no palco ou entrar na roda e fazer você mesmo (PIMENTEL, 2005, p.3).

"*Eu conquisto e ganho através do verso certo ao certo, não me entrego na batalha! (certo)"*[117]. Com os últimos versos da canção, o grupo "Elementos B" apresenta suas armas, escolhendo de acordo Winnicott a melhor alternativa frente ao nosso grave cenário violento, os recursos da criatividade e esperança.

Referências Bibliográficas

DAYRELL, J. O rap e o funk na socialização da juventude. *Educação e Pesquisa*, São Paulo, v.28, n.1, p. 117-136, jan./jun. 2002.

FERREIRA, A. M. (org.) Espaço potencial Winnicott. Diversidade e interlocução. São Paulo: Landy, 2007.

GROLNICK, S. Winnicott. O trabalho e o brinquedo. Uma leitura introdutória. Porto Alegre: Artes Medidas, 2003.

[117] Idem

Jornal Folha de São Paulo. “O tempo e o artista”. Entrevista com Chico Buarque. 26/ 12/2004.

KEHL, M. R.(org). Função Fraterna. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2000.

MAGRO, V. M.de M. Adolescentes como autores de si próprios:cotidiano, educação e o *hip hop. Caderno Cedes*, Campinas, v. 22, n. 57, p. 63-75, agosto 2002.

MAIA, M.V.C.M. Rios sem discurso. Reflexões sobre a agressividade da infância na contemporaneidade. São Paulo: Vetor, 2007.

SCANDIUCCI, G. *Juventude negro-descendente e a cultura hip hop na periferia de São Paulo*: possibilidades de desenvolvimento humano sob a ótica da psicologia analítica. 2005. 140 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

PIMENTEL, S. *Hip hop* de norte a sul. Caros Amigos especial *hip hop* hoje, São Paulo, s/v., n. 24, p.3, jun. 2005.

ROSA, M. D. Uma escuta psicanalítica das vidas secas. Revista de Psicanálise Textura, São Paulo, v.2, n. 2, p. 2-13, 2002.

SILVA, L. D.; SOUZA, T. *A construção de identidade no hip-hop e o rap como contra-narrativa*. Trabalho de conclusão da graduação em jornalismo. Universidade Federal da Bahia, Salvador, 1999.

WINNICOTT, D. W. O brincar e a realidade. Tradução José Octávio de Aguiar Abreu e Vanede Nobre. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1975.

_____ . O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983.

_____ . Privação e delinqüência. Tradução Álvaro Cabral. 3.ed. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

_____. Tudo começa em casa. 5 ed. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

VAISBERG, T. M. J. A.. Os montros, o método e o estabelecimento da capacidade ética. In: Tania Maria José Aiello Vaisberg; Fabiana Follador e Ambrósio. (Org.). Caderno Ser e Fazer: Reflexões Éticas na Clínica Contemporânea. São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, 2005, v., p. 09 -26.

PROJETO CASULO – POSSIBILIDADE DE TRANSFORMAR O OLHAR PARA SAÚDE MENTAL

Erica Fontana

Jupira Carvalho da Silva,
Danielle Antonelli Cardia
Heloisa da Silva Barboza.
Tatiane Anhaia,
José Osvaldo Machado

Resumo

O trabalho a seguir é o relato da a experiência vivida por um grupo de profissionais da rede de saúde pública em saúde mental no Brasil. Iniciamos com a descrição do projeto, seus objetivos, aplicabilidade e considerações finais.

O projeto Casulo é uma iniciativa da Comissão de Projetos Sociais do Pólo de Atenção Intensiva em Saúde Mental (PAI-ZN), que tem como objetivo principal abrir espaço para discussão e informação a usuários, familiares, agentes comunitários e profissionais da área da saúde que trabalham na Atenção Básica, desmistificando o termo “loucura” e proporcionando espaço para reflexão. A equipe construiu de forma simplificada e acessível informações acerca dos avanços e dos recursos disponíveis na rede de saúde mental no Brasil nos dias de hoje, traçando um comparativo com o passado. A equipe também aborda questões como alterações significativas de comportamento e funcionalidade que demonstram o sofrimento psíquico do sujeito. Por fim, mostraremos a riqueza da interação entre os participantes e os resultados obtidos. O trabalho a seguir é o relato da experiência vivida pelos profissionais que compõe o Projeto Casulo. Iniciamos com a descrição do projeto, seus objetivos, aplicabilidade e considerações finais

Palavras-chave: saúde pública; projeto social; grupo; saúde mental.

Introdução

O Polo de Atenção Intensiva em Saúde Mental da Zona Norte – PAI/ZN tem como objetivo prestar atendimento de urgência psiquiátrica dentro de um hospital geral e destaca-se por ter como meta a internação breve, com atendimento integral e humanizado.

O projeto Casulo é uma iniciativa da Comissão de Projetos Sociais do PAI/ZN, e tem como objetivo principal abrir espaço para discussão a respeito do adoecimento psíquico, levando informações à usuários, familiares e profissionais da área que trabalham na atenção básica. Compõem a Comissão uma assistente social, três enfermeiros, uma psicóloga e uma terapeuta ocupacional.

A equipe selecionou de forma simplificada e acessível informações sobre alterações de comportamento e funcionalidade do sujeito que possam ser indicativos da presença de transtorno mental, além de informar sobre os recursos disponíveis na rede de saúde pública brasileira.

Após as primeiras experiências os participantes do Projeto Casulo compreendem que o projeto é uma oportunidade de aprendizado para ambos os envolvidos, tanto a população, quanto os profissionais. O vínculo estabelecido com as comunidades visitadas diminuiu os espaços lacunares entre nós tornando mais próxima a possibilidade de pensar saúde mental de maneira mais humanizada.

O Pólo de Atenção Intensiva em Saúde Mental da Zona Norte – PAI ZN tem como objetivo prestar atendimento de urgência psiquiátrica dentro de um hospital geral. Esse trabalho, que vem sendo realizado desde novembro de 2007, destaca-se por ter como meta a internação breve e intensiva, com atendimento integral e humanizado.

Compõem a Comissão uma assistente social, três enfermeiros, uma psicóloga e uma terapeuta ocupacional.

Método

A Comissão entra em contato com a equipe de saúde responsável pela atenção básica das regiões periféricas da Zona Norte de São Paulo e, a seguir, agenda uma data para realização do grupo de conversa.

Os profissionais se deslocam até o local determinado, na maioria das vezes, espaço de convivência social.

Os participantes se apresentam, discute-se brevemente sobre a história da saúde mental e cada integrante do grupo diz o que pensa e acredita acerca do adoecimento psíquico.

Os profissionais oferecem exemplos a respeito de possíveis perdas funcionais e alterações de comportamento que poderiam indicar a presença de algum tipo de transtorno. Para tal não se utiliza a Classificação de Doenças ou diagnósticos.

Por fim, a comunidade esclarece possíveis dúvidas e a comissão orienta a respeito dos diversos serviços disponíveis na Rede de Saúde Pública Brasileira.

Discussão

Spadini (2006) ressalta a importância da necessidade de esclarecer a população acerca da doença mental para diminuir estigmas e preconceitos. Faz um levantamento bibliográfico acerca do tema e encontra artigos que defendem a necessidade de trabalhos de divulgação para a população. Cita ainda casos em que familiares e pacientes negam a doença em seu meio social.

O exposto acima pode ser confirmado em grupo realizado por nós quando uma usuária de antidepressivos manifestou a preocupação com o fato de “tomar tarja preta” vinculando esse fato à hipótese de ser “louca”.

Esclarecemos aqui que “tarja preta” é o nome vulgarmente conhecido de medicações psicotrópicas.

Em diversos momentos a senhora tentava explicar o quanto era “normal”, que lavava roupas, saia de casa sozinha apesar de usar “remédio de tarja preta”. Percebemos ai, a preocupação e preconceito da própria senhora que receava por acreditarem que ela estaria “louca”.

Castanho (2005) fala sobre a importância em se criar um ambiente onde não haja preconceito do preconceito, um momento que permita falar e pensar nas idéias surgidas do convívio com o diferente.

Nesse sentido, pudemos constatar que alguns agentes de saúde tinham um conceito muito equivocado da doença mental. Em alguns casos estavam associados a episódios de agressividade extrema, em outros, a perda da capacidade intelectual. Esclarecemos ainda, que Agentes de Saúde são moradores da própria comunidade que recebem uma ajuda de custo para orientar e auxiliar os demais moradores, servindo muitas vezes de referência aos demais moradores.

Da idealização até a realização do Projeto foram meses de preparação e estudos a fim de proporcionar benefícios sociais reais e efetivos.

Após as primeiras experiências os participantes do Projeto Casulo compreendem que os encontros são uma oportunidade de aprendizado para ambos os envolvidos.

A falta de informações e os tabus que envolvem o tema ainda estão longe de serem extintos, porém, podemos afirmar que tais ações colaboram para minimizar o estigma e o preconceito para com o indivíduo com adoecimento psíquico.

Os vínculos estabelecidos com as comunidades visitadas diminuem os espaços lacunares entre as partes, viabilizando possibilidades de se pensar saúde mental de maneira humanizada.

Referências

Spadini L. S.; Souza M. C. B. de M. (2006) A doença mental sob o olhar de pacientes e familiares. Rev. esc. enferm. USP [serial on the Internet]. 2006 Mar [cited 2010 Nov 10] ; 40(1): 123-127. Available from:http://www.scielo.br/scielo

Castanho, P.C.G.(2005) O laço do preconceito: a inclusão, exclusão e convivência do usuário de saúde mental a partir do conceito de alianças inconscientes e do dia a dia de um CECCO Vínculo v.2 n.2 São Paulo http// pepsic.homolog.bvsalud.org/scielo;

Foucault, M.(2009) História da Loucura na Idade Clássica. Ed. Perspectiva, São Paulo.

RESUMOS

MANEJO DO SETTING NAS ENTREVISTAS INICIAIS EM PSICODIAGNÓSTICO COMPREENSIVO COM ADOLESCENTES: CASOS CLÍNICOS

Valdeli Vieira

Maria Aparecida Mazzante Colacique

Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo

Resumo:

.As entrevistas iniciais são parte importante no processo de avaliação psicodiagnóstica, onde o paciente é chamado a se colocar ativamente, condição esta que permite já nos primeiros momentos de contato, o estabelecimento de uma relação transferencial. Nesse sentido, a forma com que o setting será estabelecido e manejado é o que permitirá a constituição de um campo que poderá ser favorecedor para a expressão de um determinado funcionamento mental. Quando o paciente atendido é um adolescente, é necessária uma maior atenção a essas questões, na medida em que esta faixa de desenvolvimento apresenta características próprias que exigem muitas vezes uma maior flexibilidade do campo. O presente trabalho baseou-se nas entrevistas de avaliação psicodiagnóstica de três adolescentes que foram encaminhados para atendimento no Projeto APOIAR do Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clinica Social do Instituto de Psicologia da USP. Seus resultados apontam para o fato que o paciente quando vem para ser atendido necessita viver uma nova experiência, uma vez que seus sintomas apontam para fracassos na constituição de seu eu (self). Os momentos lúdicos vividos com esses pacientes trouxeram para o processo psicodiagnóstico compreensões fundamentais sobre o funcionamento psíquico que de outra forma não teriam sido percebidas.

Palvras chaves:entrevistas, psicodiagnóstico, adolescente

ENCONTROS TERAPÊUTICOS EM SAÚDE MENTAL: RELATOS DE UMA EXPERIÊNCIA DE FORMAÇÃO.

Luiz Tadeu Gabriel Filho,
Caio Mantese de Souza,
Daniela Adachi Guimarães,
Silvia Lopes de Menezes,
Marcelo Soares da Cruz,
Leila Cury Tardivo.

Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social, Projeto APOIAR.

O trabalho aqui apresentado tem como objetivo relatar uma experiência clínica vivenciada no percurso de criação de um enquadre inovador chamado *Projeto Encontros Terapêuticos em Saúde Mental.* Este projeto nasceu no Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social – APOIAR – do Instituto de Psicologia da USP, a partir do interesse de alunos de graduação em Psicologia pelo aprofundamento nos conhecimentos do campo da psicopatologia psicanalítica. O surgimento deste projeto tem como inspiração o modelo de Consultas Terapêuticas criado pelo psicanalista D. W. Winnicott e responde a uma dupla demanda: prestar atendimento a pacientes na perspectiva da psicologia clínica social e fomentar a formação destes alunos/ terapeutas. Trata-se de um modelo de intervenção que busca ser sustentador de várias subjetividades: a do paciente atendido por um grupo de alunos de graduação em Psicologia juntamente com um aluno de pós-graduação, bem como dos próprios alunos. Entendemos que os alunos de graduação em Psicologia deparam-se com as dificuldades e limitações inerentes ao ofício clínico. O grupo de alunos apresenta-se como dispositivo sustentador, cuidando e amenizando as ameaças emocionais envolvidas nessa formação. Esta vivência clínica permite que este lugar seja utilizado pelo aluno/ terapeuta para experimentar-se na sua formação, buscando em si e no grupo suas próprias potencialidades e angústias, no contato com um paciente real e seu sofrimento.

Palavras-Chave: psicanálise, Winnicott, consulta terapêutica.

CONSULTAS TERAPÊUTICAS E TEORIA DOS CAMPOS: DISCUSSÃO DE UM CASO ATENDIDO EM UM HOSPITAL PSIQUIÁTRICO

Adriana Cappa;
Andréa Chang;
Carolina Zayat;
Giovana Jafelice;
Milena Greve;
Vitor Abreu[118];
Laura Granado[119],
Leda Herrmann[120]
Leila Cury Tardivo[4]

RESUMO

Este trabalho a relata experiência de um grupo de alunos de Psicologia/USP e uma psicóloga no estágio realizado em hospital psiquiátrico para Introdução à Psicopatologia. Tratou-se de atendimentos em Consultas Terapêuticas (Winnicott) com um paciente de 51 anos que se tratava de alcoolismo. Inicialmente, as entrevistas partiam de questões feitas pelo grupo. O paciente dirigiu ataques ao grupo que provocaram uma ruptura do campo do "saber", anteriormente ocupado pelos estagiários. Eles suportaram o silêncio em expectativa de trânsito e compreenderam a angústia de quem tentava comunicar a falta de lugar: o paciente não tinha lugar de filho, esposo, pai e avô. Numa sessão, o paciente imitou o olhar da psicóloga de forma sarcástica. Esta retornou o olhar ludicamente. A sobrevivência do objeto após o ataque abalou o campo da onipotência subjetiva e novas associações surgiram. Com esses atos interpretativos, substituindo o lugar da onipotência do saber pelo da proximidade com o paciente, foi-lhe possível integrar em seu centro identitário o que negava: o amor pela ex-esposa. Ele se representou amando e odiando;

[118] alunos do curso de graduação de Psicologia da Universidade de São Paulo

[119] doutoranda do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo e supervisora do grupo

[120] Professora Doutora, presidente do Centro de Estudos da Teoria dos Campos e membro efetivo da Sociedade Brasileira de Psicanálise de São Paulo.

finalmente contou que a ex-esposa providenciou-lhe uma nova morada. Ele pôde constituir, também, uma morada psíquica habitada por seus desejos.

Palavras-chave: TEORIA DOS CAMPOS, CONSULTAS TERAPÊUTICAS, HOSPITAL PSIQUIÁTRICO, RUPTURA DE CAMPO

E-mail: lauracg@usp.br. Endereço: Av. Professor Mello Moraes, 1721 - CEP 05508-030 - Cidade Universitária - São Paulo.

PROBLEMAS DE SAÚDE MENTAL INFANTO-JUVENIL ENCONTRADOS PELAS EQUIPES DA (ESF) EM SÃO PAULO.

Livia Soledade de Moraes Rego,
Alberto Olavo Advincula Reis.

A Estratégia de Saúde da Família é um dispositivo de saúde ligado ao Sistema Único de Saúde, cuja principal atribuição encontra-se na resolução das diferentes demandas que emergem nos agrupamentos familiares, que são objeto de sua ação. Aos profissionais requisita-se que reconheçam e encaminhem demandas pertencentes ao campo da saúde em geral. Em decorrência da dinâmica psico-afetiva mais evidenciada na dinâmica familiar, demarca-se a importância de se discutir sobre acolhimento das demandas de saúde mental nos agrupamentos que são objeto das ações das equipes da ESF. A questão que se colocou foi a de saber quais são os principais problemas que têm sido identificados em saúde mental em crianças e adolescentes pelas equipes do ESF no estado de São Paulo. Obteve-se que a principal queixa acolhida nesse espaço foi o comportamento em casa e/ou na escola, seguida por problemas de aprendizagem/queixas escolares, agressividade/violência, uso/abuso de álcool/drogas e lar desestruturado, o que pode significar uma hiperpatologização da conduta infanto-juvenil. As queixas que menos foram citadas referiam-se a enurese, problemas de sono e transtorno obsessivo-compulsivo, o que pode indicar que transtornos mentais não estão recebendo acolhimento nas equipes da ESF, provavelmente por não considerarem-se devidamente capacitados.

Palavras-chave: ESF, saúde mental, crianças e adolescentes.

A GESTÃO SOCIAL NA PERSPECTIVA DE UM PROGRAMA DE ATENDIMENTO A FAMÍLIAS EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE E RISCO SOCIAL

Dilma Medeiros Bertoldo

Questões relacionadas à Gestão Social são atualmente, temáticas de interesse das comunidades científicas e governamentais. Entende-se que por meio de adequada Gestão Social é possível mudar quadros de desigualdades que se encontram países onde existem altos níveis de pobreza no mundo. Deve ser entendida como processos sociais, considerando-se a relação administrativa e o desenvolvimento da participação social e política. Tal entendimento deve ser foco da ação gerencial, onde a gestão das ações sociais públicas deve priorizar as necessidades dos cidadãos. Apresentam-se como forma de atendimento destas, a política social e programas sociais. Esta pesquisa objetiva identificar/compreender a eficácia da Gestão de Programas Sociais que não oferecem benefício da transferência de renda. A amostra foi constituída de famílias participantes de grupos socioeducativos em Programa Social na região sul de São Paulo. Trata-se de pesquisa de intervenção cujos dados foram coletados no contexto das atividades realizadas, sendo submetidas a tratamento qualitativo por análise de conteúdo. Resultados apontam que tais programas podem ter eficácia, visto que mesmo sem contrapartida financeira houve adesão das famílias nos grupos. Percebeu-se agir o processo exclusão/inclusão onde foram sinalizados e discutidos temas de interesse das famílias e a partir daí busca pelo enfrentamento e soluções de problemas.

Palavras-chave: Gestão Social, Exclusão/Inclusão Social, Programas Sociais

EXPERIÊNCIAS DE ATENDIMENTO À EXPLORAÇÃO SEXUAL NO CRAMI

CRAMI – CENTRO REGIONAL DE ATENÇÃO AOS MAUS TRATOS NA INFÂNCIA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO

Maria Carolina Gatti[121]*

Juliana Lemos Costa[122]

Sueli Zocal Paro Barison[123]

RESUMO

Este trabalho tem como proposta apresentar a intervenção do projeto de atendimento à exploração sexual que tem por objetivo propiciar atendimento especializado a crianças e adolescentes em um contexto de alta vulnerabilidade social. Desenvolve também ações preventivas como atendimento e acompanhamento psicossocial, de maneira a oferecer maior suporte para a superação do ciclo de violência sexual, intervindo nos processos que conduzem à produção da exploração sexual junto às crianças e adolescentes notificadas através dos Conselhos Tutelares, Vara da Infância e Juventude, Delegacia e disque 100. A execução do referido trabalho se dá

[121] Psicóloga – Centro Regional de Atenção aos Maus Tratos na Infância- São José do Rio Preto SP – mcgatti@hotmail.com

[122] Assistente Social, equipe técnica - Centro Regional de Atenção aos Maus Tratos na Infância – São José do Rio Preto SP – julianalemos2006@hotmail.com

[123] Psicóloga, supervisora técnica - Centro Regional de Atenção aos Maus Tratos na Infância, São José do Rio Preto SP – suelibarison@gmail.com

através de visitas domiciliares sistemáticas; levantamento do histórico sócio-familiar; abordagem emergencial para a redução de danos; movimentação da rede sociométrica; articulação junto aos órgãos e instituições de proteção; atendimento e acompanhamento familiar; atividades terapêuticas individuais e em grupos. Foi possível observar que os objetivos do projeto foram alcançados de forma satisfatória, pois os resultados obtidos contribuem para dar visibilidade ao fenômeno da exploração sexual no sentido de socializar, desmistificar e retroalimentar as políticas públicas para as intervenções que envolvem este fenômeno.

PALAVRAS CHAVES: Exploração sexual, crianças, adolescentes e atendimento.

ATRAVESSANDO OS UMBRAIS DE CIVILIDADE RUMO À CIDADANIA EM CONTOS, VERSOS E PROSAS

Regina Campos Cordeiro[124]

Elizete Gonçalves: Psicanalista[125],.

Denise Batista Jorge:[126]

Aline Hellen de Carvalho Lemes [127].

Juliana Meirelles de Lima [128].

Stéphanie Di Martino Sabino[129]

Sandra Memar Trava[130]

.

Palavras Chave: leitura e cidadania, resiliência, tecnologia social.

Este trabalho versa sobre o papel da extensão universitária em prol da inserção social e da superação das circunstâncias de vulnerabilidade que acometem algumas parcelas da população acompanhadas pelo Projeto Travessia (PREX-UNITAU). Constituimos uma equipe de trabalho composta por acadêmicos de Psicologia, atuantes na implementação e defesa das políticas de proteção psicossocial a crianças e adolescentes com adesão a práticas antisociais. Atuamos com vistas tanto à prevenção, como à revinculação dos laços sociais dilacerados. Nossa metodologia assenta-se no incentivo à leitura (no seu sentido pleno, de leitura de mundos, segundo Freire, 1988), a oportunização de atividades culturais como ferramenta para cultivo de relações de Tolerância, de Paz, portanto de não-violência nas relações familiares. Realizamos Oficinas de Leituras, Contos e Narrativas, incentivamos

[124] Psicóloga Voluntária do Projeto Travessia
[125] Professora Doutora em Psicologia Clinica
[126] Psicóloga Voluntária do Projeto Travessia.
[127] Psicóloga Voluntária do Projeto Travessia
[128] aluna bolsista (PREX)pelo Curso de Psicologia da UNITAU
[129] aluna bolsista (PREX)pelo Curso de Psicologia da UNITAU
[130] Professora Voluntária do Projeto Travessia

a produção de textos, oralizações, confecção de livros de pano, viabilizamos a participação dos moradores da comunidade em exibições teatrais, feiras literárias como a Bienal do Livro, realizamos visitas monitoradas às livrarias, museus, mostras e gincanas culturais. A implantação de uma Biblioteca Comunitária na comunidade como *Tecnologia Social* (ITS,2007) tem valorizado o protagonismo juvenil, o empoderamento e a emancipação para pensar, todavia além de ser disparadora de saberes apropriados, tem-se revelado potente para transformar a convivência familiar conflituosa.

Referências:

ALMEIDA, G. P. **Práticas de Leituras para neoleitores.** *Curitiba: Pró-Infanti Ed., 2008.*

ASSIS, S. G., AVANCI, J. Q., e PESCE, R. P., **Resiliência: enfatizando a proteção dos Adolescentes***.* Porto Alegre: ArtMed, 2006.

FREIRE, P. **A importância do ato de ler**: em três artigos que se completam. São Paulo: Autores Associados e Cortez Ed., 1988.

ITS- Instituto de Tecnologia Social. **Conhecimento e Cidadania 1: Tecnologia Social**. São Paulo: ITS, 2007.

A ARTE DE BRINCAR: UMA INTERVENÇÃO PSICOPROFILÁTICA

Graciela Peris Martins,[131]

Graziela da Cruz Sampaio123

Priscila C. M. Souza123;

Marina Marasco123,

Maria Angélica Monteiro,[132]

Segundo a Associação Brasileira de Brinquedotecas (ABB), brinquedoteca se define como espaços mágicos destinados ao brincar das crianças com objetivos sociais, terapêuticos, educacionais, lazer, etc. A Brinquedoteca do curso de Psicologia do Unasp surgiu a partir da grande demanda da comunidade infantil por atendimento psicológico. A comunidade que cerca a Universidade é carente de espaços verdes, quadras e locais onde as crianças possam brincar. A brinquedoteca propõe suprir de alguma maneira esta carência, alem de colaborar preventivamente, auxiliando os pais no processo educacional das crianças participantes. O objetivo deste trabalho foi proporcionar às crianças momentos de brincadeira e lazer visando o desenvolvimento da responsabilidade, noções de regras e limites; psico orientação aos pais das crianças participantes; orientação e encaminhamento em casos de psicopatologia. A amostra foi composta por quarenta crianças, de ambos os sexos, de 4 a 12 anos residentes na periferia da zona sul de São Paulo próximo a clinica escola do Centro Universitário Adventista de São Paulo. Todas as crianças passaram pelo processo de anamnese (entrevista com os pais, para levantar dados e queixas). As principais queixas foram: problemas escolares (déficit de atenção, hiperatividade e dislexia) e problemas de comportamento (agressividade e comportamento opositivo). Foram divididas

[131] Estudantes de Graduação do CENTRO UNIVERSITÁRIO ADVENTISTA DE SÃO PAULO – UNAS
[132] Docente do CENTRO UNIVERSITÁRIO ADVENTISTA DE SÃO PAULO – UNAS

em quatro grupos e classificadas por idade. Cada grupo participou da brinquedoteca 1 hora e 30 minutos semanalmente, por um período de um ano. A composição dos grupos se deu com: dois brinquedistas, dois observadores e dois estagiários que permaneciam na sala com os pais. Verificou-se através do relato dos pais e professores a presença de modificações positivas nas relações com os filhos e mudanças significativas no ambiente escolar. A brinquedoteca tem se mostrado eficiente como intervenção psicoprofilática ao tornar o ambiente familiar mais saudável.

Palavras chave: Brinquedoteca, psicoprofilaxia, psicoeducação.

. PERCEPÇÕES E SENTIMENTOS DE CUIDADORES/FAMILIARES DE CRIANÇAS COM PARALISIA CEREBRAL

RESUMO

Caroline/Viana Câmara[133];

Ludmila De Moura, [2].

Quando uma família possui um filho com paralisia cerebral, os projetos de vida são modificados para atender às necessidades especiais da criança. Os pais sentem-se culpados e responsáveis, pois a deficiência é vista como uma ferida narcísica, como sua própria limitação. Eles passam pelo processo de luto do bebê idealizado que é diferente do real, apresentando sentimentos que oscilam entre amor e ódio, até a aceitação. Além disso, os cuidadores/familiares demonstram uma propensão ao adoecimento e ao desenvolvimento de um transtorno mental; tornando fundamental o acompanhamento psicológico desses indivíduos. Foram realizados dois grupos semanais de psicoterapia de orientação analítica com oito cuidadores/familiares de crianças com paralisia cerebral. Enquanto as crianças eram atendidas no setor de fisioterapia, ao invés dos cuidadores ficarem na sala de espera, compartilhavam suas experiências no grupo. Para facilitar a expressão dos sentimentos e a formação do vínculo entre eles, foram utilizadas dinâmicas de grupo. Ao todo foram realizadas 24 sessões no grupo A e 22 no grupo B, no período de fevereiro a novembro deste ano, 2010. Durante o processo de psicoterapia as mudanças foram percebidas pelos próprios participantes que demonstraram melhora na autoestima, valorização de si, aumento do autocuidado e diminuição da ansiedade e estresse.

Palavras – chave: Cuidador familiar, Paralisia Cerebral, Psicoterapia de Grupo, Qualidade de vida.

[133] Acadêmica do último semestre do curso de Psicologia – Formação de Psicólogo da Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande, MS. Contato: carolinevcamara@yahoo.com.br

[2] Co-autora: Profa. Msc. Ludmila de Moura, docente da Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande, MS. Contato: ludmilapsico@gmail.com

A INFLUÊNCIA DA SOCIEDADE E DA MÍDIA NA FORMAÇÃO DO CONCEITO DE BELEZA EM CRIANÇAS NEGRAS

Lisie A. S. Santana
Profª. Denir Camargo Freitas (Orientadora)

A escolha do tema está diretamente relacionada ao grande interesse da autora pelo desenvolvimento infantil e suas características culturais. É de conhecimento nacional qual o modelo considerado padrão de beleza em nossa sociedade atual. Se for mulher que seja magra, loira, de olhos azuis, alta, cabelos longos, e atualmente os cachos estão na moda para os cabelos. Seria uma utopia dizer que a mídia não influencia na opinião pública, por mais que o modelo imposto não seja maioria. Temos um número considerável de crianças expostas na mídia propagando alguns produtos e serviços. Se pararmos para analisar as crianças negras são minoria nessa exposição, e nosso trabalho está relacionado exatamente à identificação diante de um modelo oposto ao seu. Não quisemos com esse trabalho dar a conotação de que as crianças negras são mais ou menos bonitas do que as outras, ou que o conceito de beleza deveria ser o inverso, mas nosso objetivo consistiu em dar importância ao que é entendido como beleza durante uma fase onde os conceitos estão se desenvolvendo no processo psíquico das crianças. Usamos como método a pesquisa bibliográfica, realizamos uma ampla leitura de diversos livros relacionados à história dos negros incluindo fatores marcantes como a miscigenação entre brancos e negros, formação de identidade, a mídia em aspectos gerais, a mídia em relação às crianças, o conceito de beleza, a relação do individuo com o corpo entre outros. Concluímos que o fato, da mídia ser comercial e agir de forma mercadológica, influencia na formação do conceito de beleza entre as crianças negras.

Palavras-chave : Criança negra. Beleza. Mídia.

A PREVENÇÃO PRIMÁRIA DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES: UMA EXPERIÊNCIA NO CAMPO DA SAÚDE COLETIVA

Mari Martinez Ortiz [134]

Antonio Augusto Pinto Junior[135]

Este projeto de extensão tem como intuito a capacitação de profissionais da área de saúde para a prevenção da Violência Domestica contra Crianças e Adolescentes (VDCA) na cidade de Dourados/MS. O processo de capacitação é composto de palestra ministrada por graduandos de psicologia da Universidade Federal da Grande Dourados, seguindo pelas seguintes fases: discussão dos conceitos de VDCA e suas modalidades, apresentação de um vídeo relacionado ao assunto, indicadores físicos, comportamentais e psicodinâmicos da VDCA, e por final a analise de um caso hipotético, para levar os profissionais em capacitação a expor suas atitudes diante da situação. Como método para verificarmos a eficácia da capacitação ministrada, usamos dois questionários, aplicando um no inicio da palestra e outro no termino da capacitação, desta forma podemos avaliar as mudanças atitudinais dos profissionais em relação a VDCA, diante das respostas obtidas. De acordo com o fato de o projeto já estar em andamento, é possível descrever alguns dos obstáculos encontrados. Dentre eles, destaca-se que no desenvolvimento do projeto encontramos uma considerável resistência, referente a quebra de paradigmas, quanto as formas de autoridade dos pais sobre seus filhos. Na maioria dos encontros foi recorrente a exclamação de que “se bate para educar” e “uma palmada não pode ser considerada violência física”. Por outro lado, a análise dos dados preliminares revela também que por meio da proposta do projeto de extensão apresentada, muitos profissionais de saúde mudaram conceitos e representações acerca da VDCA, o que poderá favorecer a sua prevenção a partir do engajamento no combate a este tipo de problema social que aflige a vida de crianças e adolescentes brasileiros, contribuindo, assim, para a construção de uma sociedade mais digna para os nossos jovens.

[134] Estudante da Universidade Federal da Grande Dourados - MS **(UFGD)**

[135] Docente da Universidade Federal da Grande Dourados –MS **(UFGD)**

Palavras-**Chave**: Violência Doméstica, Infância, Adolescência, Prevenção, Saúde Coletiva.

O DESEMPENHO DE CRIANÇAS COM E SEM TDAH NO TESTE DE ATENÇÃO CONCENTRADA AC: UM ESTUDO DE VALIDADE DE CRITÉRIO.

Edyleine Bellini Peroni Benczik[136]
Tábata Cardoso[137]

Erasmo Barbante Casella[138]

O AC é um teste de Suzy Vijande Cambraia que avalia a atenção concentrada e é utilizado em diversas áreas de avaliação psicológica (psicodiagnóstico, seleção de pessoal, etc.). O objetivo deste trabalho foi realizar um estudo de validade de critério para este instrumento comparando o desempenho de crianças e adolescentes com e sem TDAH (Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade). A amostra foi composta por 92 participantes, sendo 46 portadores de TDAH e 46 não portadores, da rede particular de ensino com idades entre 6 e 15 anos e escolaridade entre 1º ano do ensino fundamental e 1º ano do ensino médio. A distribuição das idades e da escolaridade foi semelhante nos dois grupos. Os resultados indicaram diferenças estatisticamente significantes, sendo que o grupo com TDAH obteve pontuação mais rebaixada do que a dos participantes sem o transtorno, característica confirmada quando se comparam as médias da amostra dividida por sexo. Os resultados dos dois grupos foram semelhantes no que diz respeito aos erros e omissões. Conclui-se que o teste foi capaz de discriminar os sujeitos com e sem TDAH.

Palavras chaves: Atenção Concentrada, TDAH, Validade.

[136] Doutora em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano USP

[137] Vetor Editora Psico-Pedagógica Departamento de Pesquisas e Desenvolvimento

[138] Instituto da Criança do Hospital das Clínicas da FMUSP e Hospital Israelita Albert Einstein

SAÚDE INDÍGENA UM CAMPO TEÓRICO-PRÁTICO MULTIPROFISSIONAL

Cíntia Garbin,

Elenita Sureke Abílio

, Antonio Augusto Pinto Junior,

Bruna Paes De Barros

A saúde indígena tornou-se um campo teórico-prático imperativo para os profissionais da saúde, já que o estado do Mato Grosso do Sul possui a segunda maior população indígena do país estimada pela FUNAI em 60 mil índios, que estão divididos em sete etnias: Guarani, Kaiowá, Terena, Guato, Ofayé, Kinikinaua e Kadiwel.

O Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados – HU/UFGD é referência na assistência à saúde em média complexidade para 34 municípios da região. A referida instituição é um hospital geral, 100% SUS, com 114 leitos de internação, com o compromisso de desenvolver ações de ensino e pesquisa, contemplando a Política Nacional de Humanização. O Programa “Respeito a Cultura Indígena” implantado em 2004 visa respeitar à diversidade cultural e étnica desta população, garantir o acesso ao atendimento de saúde e facilitar a comunicação entre o usuário indígena e os profissionais da instituição. As ações são focadas nos objetivos citados: Acolhimento da porta de entrada, inserção no cardápio de alimentos típicos a cultura indígena, cartazes e folhetos informativos escritos em português e guarani/terena coletivizando informações sobre saúde.

Considerando as características regionais que inserem a população indígena no estado e a necessidade de qualificar profissionais da saúde para atendimento a este segmento a UFGD implantou em 2010 a Residência Multiprofissional em Saúde, sendo uma das ênfases a Saúde Indígena que conta com profissionais de enfermagem, nutrição e psicologia, possibilitando pensar em práticas que insiram a população indígena na rede de atenção integral de saúde e principalmente no contexto hospitalar.

Palavras-chaves: saúde indígena, equipe multiprofissional,saúde

RESGATE DA HISTÓRIA PESSOAL COMO FATOR DE DESENVOLVIMENTO

Tatiane Rosa Domingues

: **Resumo**

O presente trabalho tem como objetivo relatar um dos casos acompanhados em um abrigo da cidade de São Paulo e refletir sobre a constituição de identidade do sujeito abrigado e institucionalizado, com pouco ou nenhum contato familiar. O trabalho, realizado de forma voluntária, constou de um encontro semanal com uma adolescente de 17 anos de idade, com inúmeras entradas e saídas do abrigo, mãe solteira, vítima de agressão familiar, com 9 irmãos, sendo ela a única filha de seu pai com sua mãe. A partir do treinamento e acompanhamento permanentes recebidos do Instituto Fazendo História se trabalhou, de forma individualizada, a fim de proporcionar um espaço de reflexão que permitisse acessar suas “histórias” passada, presente e permitir uma reflexão sobre seu futuro. A metodologia de trabalho se deu a partir da leitura e diálogo sobre histórias de livros, fazendo associações, acessando memórias e registrando em um álbum de recordações. Pretende-se ressaltar a importância da recuperação das memórias e atentar para a dificuldade de indivíduos abrigados de entrar em contato com as mesmas.

PALAVRAS CHAVE: MEMÓRIAS, ABRIGO,DESENVOLVIMENTO

PROJETO REFLEXIVO – ATENDIMENTO A AUTORES DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA

CRAMI – Centro de Regional de Atenção aos Maus Tratos na Infância de São José do Rio Preto.

Hevelin da Silva Batista[139]

Adriana Roberta Vicente Rodrigues[140]

Marina Rico Paduan Bereta[141]

Maria Augusta Carolino de Pádua. [142]

Valdete Aparecida Gobbi [143]

RESUMO:

Este trabalho tem como objetivo apresentar a intervenção e estatísticas do Projeto Reflexivo que apresenta seu método de atuação baseado no tratamento, prevenção e orientação no atendimento a pais ou responsáveis notificados junto aos Conselhos Tutelares, Vara da Infância e Juventude e DDM (Delegacia de Defesa da Mulher) de violência física, psicológica e negligência contra seus filhos no Município de São José do Rio Preto. O Projeto foi implantado em 2005 em parceria com o poder publico municipal, através da Secretaria Municipal da Assistência Social. Atualmente conta com duas técnicas psicólogas e duas assistentes sociais, bem como uma coordenadora/ supervisora. Esses atendimentos são realizados no Crami (individual, familiar ou grupo de pais) e em visitas domiciliares. A metodologia

[139]Psicóloga, Centro Regional de Atenção aos Maus Tratos na Infância. Email: hevelinpsic@hotmail.com

[140] Equipe técnica, Assistentes Sociais e Psicóloga do Centro Regional de Atenção aos Maus Tratos na Infância

[141] Equipe técnica, Assistentes Sociais e Psicóloga do Centro Regional de Atenção aos Maus Tratos na Infância

[142] Equipe técnica, Assistentes Sociais e Psicóloga do Centro Regional de Atenção aos Maus Tratos na Infância

[143]. Supervisora Técnica , Assistente Social do Centro Regional de Atenção aos Maus Tratos na Infância. Email: reiagobbi@hotmail.com

de trabalho é baseada em atendimentos realizados no CRAMI e ou, em visitas domiciliares para os atendimentos das famílias acima descritas, apoiando no desenvolvimento de sua capacidade de promoção, cuidado e proteção. Sendo assim, o ciclo de violência é interrompido.

PALAVRAS CHAVE: Violência ; Crianças e Adolescentes.

A DEPRESSÃO E A VULNERABILIDADE AO ESTRESSE E A QUALIDADE DE VIDA DE PROFISSIONAIS DE ATENDIMENTO AO PÚBLICO[144]

Graziela Da Cruz Sampaio[145]
Gabriela Raposo De Jesus[137]
Stephani De Souza Gonçalves[137]
Jessika Cardoso De Oliveira[137]
Noel José Dias Da Costa[146]-

Financiador:- UNASP

Resumo:
O atendimento ao público implica em considerável risco de depressão e estresse devido à exposição a complexas situações no ambiente ocupacional, gerando grandes tensões. O objetivo deste foi avaliar o nível de depressão, a vulnerabilidade ao estresse e os índices de qualidade de vida de profissionais que trabalham com atendimento ao público. Participaram deste estudo N= 11 atendentes do público, diferenciando-se as funções que cada um exerce. Utilizou-se o Inventário de Qualidade de Vida – IQV (Ogata, 2007), Inventário de Beck de Depressão – BDI e oInventário de Vulnerabilidade ao Estresse, aplicados individualmente. Quanto a Qualidade de vida (QV), do total de participantes, sete apresentaram QV boa, quatro apresentaram QV Moderada e nenhum apresentou QV pobre. Quanto à Depressão, nove não apresentaram depressão, um tinha depressão leve, um tinha depressão moderada e não houve nenhum caso de depressão grave. Quanto à Vulnerabilidade ao Estresse (VE), sete não a apresentaram, dois apresentaram VE moderada e dois apresentaram alta VE. Concluímos que dentre os indivíduos pesquisados a maioria tem uma boa ou moderada qualidade de vida, quanto a o nível de depressão dos mesmos percebe-se que a maioria não possui altos níveis, no

[144] Trabalho desenvolvido no CENTRO UNIVERSITÁRIO ADVENTISTA DE SÃO PAULO – UNAS
[145] Estudantes do CENTRO UNIVERSITÁRIO ADVENTISTA DE SÃO PAULO – UNAS
[146] Docente do CENTRO UNIVERSITÁRIO ADVENTISTA DE SÃO PAULO – UNAS

entanto aqueles que apresentam a mesma ultrapassam o grau considerável de normalidade. Já na totalidade dos indivíduos, a maioria não possui vulnerabilidade ao estresse, no entanto os que possuem também se apresentam em alto grau. Esta pesquisa pode contribuir para futuros trabalhos, favorecendo ações preventivas e um maior desempenho dos profissionais dessa área.

Palavras-chave: Atendimento ao público, Estresse, Depressão.

A QUALIDADE DE VIDA E O ESTRESSE DE POLICIAIS MILITARES DA REGIÃO SUL DE SÃO PAULO[147]

Graziela Da Cruz Sampaio[148]
Bruno De Luca 140
Ligia De Carvalho 140
Noel José Dias Da Costa[149]

Resumo:
A banalização da violência, o alto risco de morte e a suspeita com que e vista sua profissão, fazem do policial militar um candidato a muitos problemas de saúde. Esses profissionais, devido a alta exposição ao perigo e por intervirem freqüentemente em situações de problemas humanos de muito conflito e tensão têm alta freqüência de burnout. O objetivo deste foi avaliar a vulnerabilidade a estresse (VE), a depressão e a qualidade de vida (QV) de policiais militares da região sul de São Paulo. Foram participantes n=13 policiais militares do sexo masculino da região sul da cidade de São Paulo. Utilizou-se um Inventário de Qualidade de Vida - IQV (Ogata, 2007), o Inventário Beck de Depressão - BDI e o Inventário de Vulnerabilidade ao Estresse, aplicados individualmente. Do total dos participantes, sete apresentavam QV boa, cinco QV moderada e um apresentava QV pobre. Quanto à Vulnerabilidade ao Estresse, 10 apresentaram-se sem VE, dois apresentaram VE moderada e um apresentou VE alta. Quanto à depressão, seis apresentavam-se sem depressão e sete apresentavam-se com depressão leve. Estes resultados preliminares demonstram que esse grupo possui competente manejo dos fatores de estresse e da depressão, refletindo em qualidade de vida razoável. Entretanto, há necessidade de mais ações preventivas, uma vez que a complexidade dos fatores envolvidos é muito

[147] Trabalho desenvolvido no CENTRO UNIVERSITÁRIO ADVENTISTA DE SÃO PAULO – UNAS
[148] Estudantes do CENTRO UNIVERSITÁRIO ADVENTISTA DE SÃO PAULO – UNAS
[149] Docente do CENTRO UNIVERSITÁRIO ADVENTISTA DE SÃO PAULO – UNAS

grande e a área em que atuam é de alta periculosidade. Há necessidade de mais pesquisas para verificação de outras variáveis, como por exemplo as condições de trabalho, descanso, alimentação e vida social, dentre outras.

Palavras –chave: Policias militares, Estresse, Qualidade de vida

FATORES DE FORMAÇÃO DO *BULLYING*: A VISÃO DO AGRESSOR

William Pereira Nunes

Profª. Denir Camargo Freitas (Orientadora**)**

O *Bullying* é conceituado como um conjunto de atitudes e violência física e/ou psicológica, de caráter intencional e repetitivo, praticado por um agressor contra uma ou mais vitimas que não conseguem identificar possibilidades de se defender. Este trabalho teve como objetivo evidenciar e compreender os possíveis fatores psicológicos e sociais que levam crianças em idade escolar a praticarem uma forma de agressão psicológica e física que pode causar danos no desenvolvimento psicossocial. O método utilizado foi o da pesquisa bibliográfica com referências de livros e artigos científicos que abordam o tema central e assuntos do contexto geral. Como se trata de um tema em pauta nos últimos anos, muitos artigos e discussões teóricas se focam demasiadamente na vitimização e nas conseqüências que surgem para a vítima. Pouco se fala sobre os fatores que levam as crianças a praticarem este tipo de violência e que tanto quem o pratica quanto quem sofre a vitimização e também os que participam dessa situação como observadores, sofrem conseqüências negativas. Freud (1919), em “O Estranho” nos apresenta uma análise sobre a formação dos conceitos de estética e relata que o estranho é a categoria do assustador que remete ao que é conhecido, de velho e há muito familiar. Segundo Lopes Neto (2005), a prática do *bullying* tem por objetivo uma afirmação de poder interpessoal. Com os freqüentes avanços da tecnologia da informação é possível visualizar uma nova e talvez mais cruel ramificação do *Bullying* que é denominada de *Cyberbullying.* Este é constituído de ações difamatórias por meio do uso da tecnologia da informação e comunicação: celulares, e-mails, sites de relacionamentos, etc. (BILL BELSEY,2005 apud LOPES NETO, 2005). Concluímos que a prática do *bullying* não se refere a uma simples manifestação de violência sem uma causa determinante. Tal prática está diretamente relacionada ao preconceito, às questões de estéticas e para aquilo que é familiar, que se refletem em fatores sociais e que por isso determinam os grupos-alvos da agressão e os indicativos da função psíquica dos agressores.

Palavras chaves: *Bullying.* Fatores de Formação. Preconceito.

TRABALHO DE CONCLUSÃO DO CURSO DE PSICOLOGIA -

UNIVERSIDADE BANDEIRANTE DE SÃO PAULO

UNIBAN – Campus ABC

DISTÚRBIOS PSÍQUICOS DA GESTANTE: STRESS NA GESTAÇÃO E AS CONSEQUÊNCIAS FÍSICAS E PSÍQUICAS PARA O FETO

Adriana Marino
Andréia Alves
Dalila Santana
Danielle Antonelli
Fátima Claro
Jupira Carvalho
Talita de Souza

Resumo

O presente trabalho tem como objetivo discutir algumas dimensões acerca do tema Distúrbios psíquicos da gestante: stress na gestação e as consequências físicas e psíquicas para o feto. Por se tratar de um tema amplo, o grupo reuniu-se à reflexão de assuntos que foram divididos de forma a contemplar a demanda proposta.

Casos clínicos serão discutidos abordando o stress na gestação em situação de internação psiquiátrica, o stress ocasionado por internação para dependência química e suas repercussões sociais e familiares e, reflexões acerca da experiência gestacional em situação de encarceramento.

Em seguida traremos questões relativas ao estresse causado por uma gestação permeada pelo transtorno afetivo bipolar e possíveis relações do câncer infantil com o stress sofrido durante o período gestacional.

Finalmente, mas não menos importantes, apresentaremos estudos sobre a implicação do uso de psicofármacos em gestantes com distúrbios mentais e possíveis consequências no desenvolvimento fetal e a musicoterapia como forma de tratamento e melhora da qualidade de vida da gestante com enfoque na ansiedade que o estado gravídico gera nas mulheres.

Palavras-chave: gestação; sofrimento psíquico; stress; vida intra-uterina

O trabalho de grupo com psicóticos no CAPS

Viviane Manfre

Jeferson Rodrigues dos Santos

Resumo

Este trabalho relata a experiência de trabalhos em grupo com psicóticos, realizada no CAPS (Centro de Atenção Psicossocial). Os CAPS são uma alternativa aos Hospitais-Dia, que assistem indivíduos com transtornos mentais. São compostos por uma equipe multidisciplinar, que oferece tratamento medicamentoso e psicológico, além de realizar atividades terapêuticas e de socialização. Visam à reintegração destes indivíduos à sociedade. Através desta experiência, pudemos refletir sobre nossas pré-concepções referentes aos psicóticos, sobre o que encontraríamos em uma Instituição Psiquiátrica, e com o que de fato nos deparamos. Uma das atividades propostas foi a utilização de uma bolinha como recurso para estabelecer regras na comunicação durante nossas reuniões, de modo que somente quem estivesse com a bolinha em mãos, poderia falar. Este pôster é um convite à reflexão para todos os profissionais da saúde, sobre a compreensão e os significados que estes atribuem aos psicóticos, e a forma como atuam com estes indivíduos.

Palavras-chave: saúde mental, grupo, CAPS.